FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 juillet 1889, à 9 heures

PAR H. LE GRAND

Né à Paris, le 23 juillet 1858

LA SYPHILIS CAUSE D'AVORTEMENT

Président : M. DAMASCHINO, *professeur.*

Juges : MM. { KIRMISSON, *professeur.* CAMPENON, BRISSAUD, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, SUCCESSEUR DE A. PARENT

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie......................................	MM. FARABEUF.
Physiologie....................................	CH. RICHET.
Physique médicale..............................	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale............	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale....................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales..........	BOUCHARD.
Pathologie médicale............................	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale........................	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique..........................	CORNIL.
Histologie.....................................	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils........................	DUPLAY.
Pharmacologie..................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale..............	HAYEM.
Hygiène..	PROUST.
Médecine légale................................	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés........................	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale...........	N....
Clinique médicale..............................	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants..............	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale......................................	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.......	CHARCOT.
Clinique chirurgicale..........................	RICHET VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique.......................	PANAS.
Clinique d'accouchements.......................	N...

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	OLLIVIER.	REMY.
BLANCHARD.	HANOT.	PEYROT.	REYNIER.
BOUILLY.	HANRIOT.	POIRIER, chef des Travaux anat.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	ROBIN (Albert).
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SCHWARTZ.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	SEGOND.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	TROISIER.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

A MON GRAND PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DAMASCHINO

Médecin de l'hôpital Laennec.
Professeur à la Faculté de médecine.
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

A M. LE DOCTEUR PORAK

Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.
Officier de l'Instruction publique, etc.

A M. LE DOCTEUR TAPRET

Médecin de l'hôpital Saint Antoine,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

LA

SYPHILIS CAUSE D'AVORTEMENT

INTRODUCTION

La syphilis est une des causes d'avortements les plus fréquentes : Mauriceau écrivait, dès 1670, qu'une femme en puissance de vérole avorte souvent d'un fruit corrompu. Il est aujourd'hui universellement admis que, chez les femmes syphilitiques, l'accouchement à terme est l'exception, lorsque la maladie est de date récente et n'a pas été combattue par un traitement bien institué et suffisamment prolongé.

Aussi si l'on a pu dire que la syphilis appartenait à l'ordre des maladies qui exercent l'influence la plus minime sur la durée et la marche de la grossesse, il suffit d'un court séjour dans un service d'accouchements pour constater *de visu* combien cette assertion est peu fondée.

Ayant passé près d'une année dans le service du Dr Porak, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, nous avons été frappé des accidents causés par la syphilis, et, sur ses conseils, nous avons entrepris des recherches dans les observations du service et nous nous sommes

proposé d'en exposer les résultats. Telle est l'origine de cette thèse.

Nous n'avons pas la prétention de créer, et combler une lacune scientifique n'est point notre but en écrivant ces quelques pages, car la syphilis chez la femme enceinte et son traitement ont été l'objet de nombreux et excellents travaux.

Notre intention est plus modeste, sachant qu'une observation est toujours chose intéressante, nous voulons simplement consigner les résultats que celles que nous avons recueillies nous ont donnés.

Nous y avons pu voir la façon dont évolue la grossesse chez les femmes syphilitiques et nous avons constaté les merveilleux effets du traitement institué dès son début.

Si ces résultats ne sont pas une découverte nouvelle, et si dans leur enseignement nos maîtres insistent sur l'importance de ce traitement, nous aurons du moins, en groupant tous les exemples probants, la satisfaction de servir une cause universellement reconnue juste.

En outre, la syphilis étant pour les enfants une cause de mortalité considérable — M. le professeur Fournier en a fait, à juste titre, un des facteurs les plus puissants de la dépopulation de la France — si, en montrant le remède à côté du mal, nous pouvons signaler davantage encore la nécessité du traitement pendant la grossesse, nous croirons avoir fait œuvre méritoire en contribuant pour notre faible part à sauver quelques existences d'enfants bien souvent condamnés à mort avant de naître.

Nous ne saurions mieux terminer cet avant-propos qu'en offrant ici un témoignage de notre profonde reconnaissance au bienveillant chef du service de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, M. le D[r] Porak, qui nous a singulièrement facilité notre tâche en mettant très complaisamment à notre disposition les registres d'observations de plusieurs années de son service d'accouchements.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Damaschino, de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse, et tous nos maîtres dans les hôpitaux, de l'intérêt qu'ils ont bien voulu nous témoigner pendant le cours de nos études.

Ce travail est divisé en deux parties : dans la première, nous passerons en revue la fréquence d'avortement chez les syphilitiques, l'époque de la grossesse où ils se produisent le plus ordinairement, la part qui revient au fœtus et aux générateurs dans la production de ces avortements.

Nous étudierons ensuite séparément l'influence du père et de la mère, quand l'un des deux seulement est syphilitique, et enfin leur influence sur l'issue de la grossesse quand ils le sont tous deux.

En ce qui concerne la mère, nous examinerons comment se comporte la grossesse selon que sa contamination est antérieure à la conception — qu'elle date de son début ou qu'elle ne survient qu'à la fin de la période de gestation.

La syphilis des parents provoquant souvent la naissance avant terme d'enfants syphilitiques, la syphilis héréditaire fera l'objet d'un chapitre. Les suites de couches chez les syphilitiques termineront la première partie de cette thèse.

La deuxième partie traitera de l'influence du traitement spécifique institué dès le début de la grossesse comme moyen d'empêcher l'avortement.

PREMIÈRE PARTIE

I. Fréquence de l'avortement chez les syphilitiques.
II. Epoque de la grossesse ou a lieu l'avortement.
III. Avortements a répétition.
IV. Des causes de l'avortement.

CHAPITRE PREMIER

De la fréquence des avortements chez les syphilitiques.

Des statistiques nombreuses ont été faites sur la fréquence des avortements causés par la syphilis et toutes démontrent avec une terrible éloquence de chiffres que la syphilis est une cause puissante d'avortement et d'accouchement prématuré.

Aussi n'a-t-on pas fait le tableau trop noir lorsqu'on a prétendu que la syphilis jouait un rôle important dans la dépopulation de la France, surtout dans les villes. Si, dans les campagnes, la syphilis est une maladie encore assez peu répandue (bien que le service

militaire obligatoire pour tous doive avoir pour effet de l'y importer), il n'en est malheureusement pas de même dans les villes.

Reimonenq, dans sa thèse de Bordeaux 1885, rapporte que sur 687 femmes accouchées à la clinique obstétricale de M. le professeur Moussous, du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1884 — 34 ont été reconnues atteintes de syphilis : soit une moyenne d'un peu plus de 5 0/0 de la clientèle hospitalière.

D'après le dépouillement du registre d'observation de M. Porak, comprenant les années 1883 à 1887 et comptant, outre les femmes admises à l'hôpital, celles qui accouchent chez les sages-femmes de l'Assistance publique, nous avons obtenu une moyenne se rapprochant sensiblement de celle de Reimonenq, 4,9 0/0.

Et cette proportion puisée, il est vrai, dans un milieu évidemment inférieur, est forcément au-dessous de la réalité, attendu que bon nombre de syphilis échappent à l'observation et, ne présentant pas de caractères suffisamment nets, ne peuvent qu'être soupçonnées. Les femmes, soit par excès de pudeur, soit par esprit de dissimulation, souvent aussi par ignorance, se décident difficilement aux aveux.

Voyons maintenant l'influence de la syphilis sur la grossesse. Cette influence varie avec les conditions suivant lesquelles la syphilis se présente chez la femme.

Le point capital c'est la fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré. Cette fréquence est difficile à fixer d'une manière précise : aussi les statis-

tiques des divers auteurs offrent-elles entre elles des divergences assez marquées.

La proportion des accouchements avant terme chez les femmes syphilitiques est pour :

Diday,			11/18	cas,	soit	61	0/0
Stoltz,			2/3	»	»	66	0/0
Whitehead,						45	0/0
Hecker,						27	0/0
Potton,						11	0/0
Arneth,			1/7	»	»	14	0/0
Hecker et Buhl,			12/40	»	»	30	0/0
Pick,	19	sur	51	»	»	37,4	0/0
Rosen,	74	»	161	»	»	46	0/0
Duval,	18	»	42	»	»	26	0/0
Fournier,						47	0/0
Sigmund,	35	»	99	»	»	35,3	0/0
Le Pileur,	141	»	390	»	»	36	0/0
Fonberg et Sigmund,	18	»	87	»	»	20	0/0
Weber,	7	»	40	»	»	17,5	0/0
Raffinesque,						34	0/0
Coffin,	11	»	45	»	»	24,5	0/0
Kassowitz	55	»	119	»	»	47	0/0

Ce qui, pour la totalité des résultats fournis par ces auteurs, donne une moyenne de 35,2 avortements pour 100 accouchements de femmes syphilitiques. Proportion : un peu plus d'un avortement sur 3 naissances.

Mais comme le dit Blaise qui donne une moyenne de 36,8 0/0, d'après le total de faits fournis par différents

auteurs, ce chiffre ne peut donner qu'une évaluation approximative.

Pour approcher un peu plus de la vérité, il est indispensable de faire entrer en ligne de compte l'âge de la syphilis, son intensité, la nature et les effets du traitement mis en usage. Cette proportion de 36 0/0 est trop faible si on l'applique aux femmes qui, au moment de la conception, étaient en pleine évolution syphilitique et à celles qui, pendant les premiers mois de leur grossesse, ont éprouvé une poussée intense de leur maladie. En revanche, cette proportion sera trop forte s'il s'agit de femmes atteintes au moment de la conception d'une syphilis déjà ancienne, surtout si elle a été bien soignée, car les accidents d'avortements causés par la syphilis obéissent à une loi de décroissance, loi de Diday, d'après laquelle leur intensité diminue à mesure que la vérole vieillit.

D'abord, ce sont des avortements successifs, ensuite des accouchements prématurés, plus tard des accouchements à terme. Dans ces deux derniers cas, l'âge de la syphilis a une grande influence pour la vie de l'enfant et ici nous trouvons la même décroissance : d'abord, enfants morts, puis enfants vivants, mais atteints de syphilis congénitale, enfants sains ensuite.

L'on s'accorde à dire que, dans ces cas, l'avortement correspond au maximum de puissance du virus ; il est donc surtout à craindre dans les premiers temps de la syphilis.

Bien des facteurs entrent ici en cause pour expliquer cette décroissance, car non seulement il y a l'âge

de la syphilis, le traitement, mais il y a encore la gravité inhérente au terrain sur lequel évolue la maladie.

A quelle époque de la grossesse a lieu l'avortement chez les syphilitiques.

L'avortement syphilitique est fréquent à peu près à toutes les époques de la grossesse, néanmoins, si on peut le rencontrer dès les premiers mois, bien qu'à ce moment on l'attribue souvent, par erreur, à toute autre cause qu'à la syphilis, il est d'autant plus fréquent qu'on s'approche davantage du 7ᵉ mois, le maximum de fréquence est de 6 à 7 mois, on le rencontre moins souvent de 7 à 9 mois.

Bertin, Deville, Diday, Bouchut sont d'avis que l'infection du fœtus est une cause fréquente d'avortement au 5ᵉ, 6ᵉ et 7ᵉ mois, dans la deuxième moitié de la grossesse pour Olshausen. La période de la grossesse à laquelle a lieu l'expulsion du produit de la conception, varie certainement selon l'âge et la gravité de la syphilis — chacun sait que c'est la période secondaire qui fournit le plus grand nombre d'avortements ; elle varie encore selon que la femme a été soumise ou non à un traitement méthodique comme nous le verrons lorsque nous nous occuperons des résultats obtenus par le traitement.

Pour Diday, comme pour Kassowitz, l'avortement répond au maximum de puissance du virus. Il est surtout à craindre dans les premiers temps de la syphilis,

et Kassowitz affirme même que toutes les femmes non traitées avortent régulièrement dans les trois premières années de leur vérole. Cette assertion, ajoute Blaise, paraît peu fondée. Il ne manque pas, en effet, d'exemples de femmes qui, sans traitement aucun, accouchent d'enfants vivants au bout d'un temps moins long.

Il n'est pas rare de voir chez une femme syphilitique la première grossesse se terminer par l'avortement : dans des grossesses ultérieures, l'accouchement a lieu à terme. Cette heureuse modification, fréquente chez les femmes soumises à un traitement méthodique, s'observe aussi chez celles qui n'ont pas été traitées et confirme la loi générale posée par Diday.

C'est pourquoi Gubler a pu dire à la Société de thérapeutique : « La diathèse n'est justiciable que du temps, elle s'épuise d'elle-même. » Si, en ce qui concerne la diathèse syphilitique cet aphorisme est quelque peu exclusif et ne fait pas la part assez belle au traitement, il n'en est pas moins vrai, comme l'a justement établi Diday, que les accidents syphilitiques obéissent à une loi de décroissance d'après laquelle leur intensité diminue à mesure que la vérole vieillit.

On pourrait exprimer cette loi en termes proportionnels et dire :

L'intensité des accidents et l'avortement varient en raison inverse de l'âge de la syphilis.

Il est pourtant des cas nombreux qui semblent faire exception : ils sont relatifs à des femmes chez lesquelles les avortements se reproduisent avec une ténacité et une régularité désespérantes. Faut-il voir là une excep-

tion à la règle de Diday? Pour quelques cas, peut-être oui ; mais pour d'autres, on peut admettre plutôt l'habitude d'avorter.

Il ne faut pas non plus oublier qu'il y a des degrés dans la syphilis. Il y a des véroles bénignes ou légères et des véroles intenses ou malignes. Ne peut-il pas y avoir chez certaines femmes une imprégnation de l'économie, plus profonde que chez d'autres, par le virus syphilitique — tellement profonde qu'il leur faille un temps plus long pour triompher de la diathèse en dehors de tout traitement? Chez ces femmes ainsi atteintes, la vérole ne veut pas vieillir. Si elle ne décèle pas toujours sa présence par des manifestations extérieures on la sent qui veille et les avortements à répétition deviennent une habitude, mais une habitude qu'explique suffisamment la diathèse profondément ancrée dans l'organisme.

Avortements à répétition.

Chez les femmes qui n'ont jamais été soumises à un traitement spécifique, il est donc fréquent de voir survenir des avortements successifs. C'est à ces séries d'avortements, se reproduisant chez la même femme, qu'on a donné le nom d'avortements à répétition.

Souvent on voit plusieurs grossesses se terminer prématurément. Trois fausses couches successives sont un fait commun.

Dans l'étiologie des avortements dits à répétition dont on ne peut déterminer la cause, la syphilis doit

sans conteste entrer en première ligne. C'est ce qui a fait dire à Trousseau : « Quand vous serez appelé près d'une femme pour laquelle l'avortement ou l'accouchement prématuré est une habitude, vous aurez tort, si vous ne faites pas figurer l'infection syphilitique parmi les causes supposables dont on dresse le catalogue provisoire avant d'asseoir son jugement. » La répétition des avortements sans cause manifeste peut devenir un signe révélateur de la syphilis et Depaul et Fournier, devant ces avortements, se croient autorisés à employer le traitement spécifique dont les résultats sont bien souvent concluants.

Les avortements peuvent se répéter un nombre de fois considérable : six avortements ne sont pas un fait exceptionnel. Kassowitz rapporte l'observation d'une femme qui avorta 9 fois et nous citons plus loin celle d'une femme qui eut 10 avortements ou accouchements prématurés successifs et dont le 11e accouchement se termina à terme par la naissance d'un enfant syphilitique qui mourut au bout de 4 jours. (Observation recueillie dans le service du Dr Porak.)

Que l'avortement dépende des lésions utéro-placentaires ou soit causé par le fœtus lui-même, son mécanisme est toujours le même : la femme sent diminuer de jour en jour les mouvements du fœtus, ils finissent bientôt par cesser complètement et les troubles sympathiques de la grossesse qui pouvaient exister jusqu'à ce moment disparaissent alors. Le ventre s'affaisse, les seins s'amoindrissent, il y a pesanteur dans les lombes et dans le bas-ventre et une sensation d'un corps inerte

placé dans l'utérus qui se déplace lorsque la femme fait un mouvement et qui obéit aux lois de la pesanteur. Les douleurs utérines se déclarent bientôt et tout se passe comme pour l'avortement ordinaire.

L'avortement causé par la syphilis n'est pas plus dangereux pour la mère qu'un avortement dépendant de toute autre cause. Et même lorsque la fausse couche est déterminée par la mort du fœtus on la voit rarement s'accompagner d'accidents. Parmi les observations que nous avons recueillies dans les registres de M. Porak, nous n'avons noté d'accidents que tout à fait exceptionnellement.

La matrice porte, en effet, dans son intérieur, un véritable corps étranger et toutes ses tendances vont être de s'en débarrasser. Mais comme la mort du fœtus ne détermine pas immédiatement de contractions utérines puisqu'il a souvent le temps de macérer, cet organe pourra pour ainsi dire se préparer à l'acte de l'expulsion comme pour un accouchement ordinaire.

Dans ce cas, les hémorrhagies sont rares et nous n'aurons pas à redouter le cortège d'accidents qui accompagnent souvent l'avortement ayant une autre cause que la syphilis.

Voici quelques observations véritablement curieuses d'avortements successifs causés par la syphilis :

Service d'accouchements du Dr Porak.

15 septembre 1886. — G..., 35 ans, blanchisseuse, syphilis contractée à 17 ans de son premier mari dont elle n'a eu ni enfants ni fausses couches.... Plaques muqueuses, etc. Rema-

riée à 20 ans, ne contagionne pas son mari. 10 fausses couches successives, aucun des enfants n'a survécu, la dernière date de 3 ans.

11e grossesse à terme, la mère se porte très bien et ne présente aucune manifestation spécifique. Elle accouche d'un enfant qui pèse 2.555 grammes et qui, né sans lésion, présente le 2e jour une éruption papuleuse qui va en s'accentuant à la face et au palais. Au bout de quelques jours apparition de larges bulles de pemphigus sur la joue gauche à aspect hémorrhagique. Mort le 19 septembre.

Autopsie du fœtus :

Poumons splénisés à la base. Ni gomme, ni infarctus. Rate foncée à capsule épaissie; gorgée de sang. Aspect homogène à la coupe — 48 millimètres de longueur. Poids 21 grammes. Foie même caractère. Pas de gommes. Poids 135 grammes.

Service d'accouchements du Dr Porak.

1er juillet 1885. — Eugénie M..., femme L..., 27 ans, journalière. Bassin normal. Multipare.

Le *début de la syphilis remonterait à 7 ans*. A cette époque, elle aurait été soignée à Lourcine où elle est restée pendant 7 semaines. *Depuis elle ne s'est soumise à aucun traitement.*

Le mari aurait également suivi un traitement antisyphilitique.

1er avortement, en 1879, à 6 mois.

2e accouchement prématuré, en 1880, à 7 mois.

3e avortement, en 1881, à 3 mois.

4e accouchement prématuré, en 1882, à 8 mois.

5e — — en 1883, à 7 mois.

Actuellement pas de trace de syphilis, accouchement à terme d'un enfant mort non macéré pesant 2.750 grammes.

Le cordon est infiltré et le liquide amniotique très abondant.

Observation empruntée à M. le prof. Fournier (Résumée).

Une femme qui a eu 3 enfants bien portants à terme, contracte la syphilis. Accidents nombreux et sérieux.

Sept grossesses depuis la contagion.

1er avortement à 5 mois.

2e accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant chétif meurt à 15 jours.

3e accouchement à 8 mois 1/2, mort-né.

4e accouchement prématuré à 7 mois 1/2, id.

5e — — — —

6e avortement à 3 mois 1/2.

7e avortement à 6 semaines environ.

Des causes de l'avortement chez les syphilitiques.

Si la femme qui a la vérole, dit Mauriceau, ressent une grande pesanteur dans le ventre et qu'il tombe comme un boule du côté qu'elle se couche, c'est signe qu'elle doit bientôt avorter d'un enfant mort.

Presque tous les observateurs font résider la cause de l'avortement dans le fœtus lui-même.

Babington, dans les notes qu'il a ajoutées à l'ouvrage de Hunter, dit qu'il est dû à la mort du produit.

Trousseau, Bœrensprung partagent cet avis. Kassowitz, moins exclusif, pense qu'il n'est pas indispensable que le produit meure pour être expulsé et que, dans un grand nombre de cas, il suffit pour amener ce résultat de l'état de souffrance dans lequel le met la syphilis (Goubert). Il est évident que la syphilis met le fœtus dans un état d'insuffisance vitale, si je puis parler ainsi : s'il n'est pas indispensable que le produit de la conception soit mort pour être expulsé, néanmoins dans la

grande majorité des cas d'avortements chez des syphilitiques, il est d'observation courante que le fœtus est mort et le plus souvent macéré. Bien que le fœtus mort soit un corps étranger dans la cavité utérine et irrite les parois de l'organe en amenant sa contraction et l'expulsion du produit, l'avortement se produit au bout d'un temps variable après la mort du fœtus. La tolérance plus ou moins grande de l'utérus peut permettre au fœtus de macérer un temps très variable dans sa cavité, depuis quelques jours jusqu'à plusieurs mois.

La mort du fœtus ou son état de souffrance sont donc la cause de l'avortement; il reste à examiner par quel mécanisme se produit sa mort ou son état de souffrance.

Pour Blaise, la mort du fœtus serait causée par un empoisonnement direct et primitif du fœtus par un principe morbide. Il s'agirait là de quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour l'intoxication saturnine : la syphilis, à l'instar de l'intoxication plombique, amènerait l'avortement en portant atteinte à la fois à la santé de la mère et en exerçant une action directe sur le produit de la conception. Constantin Paul a démontré que sur 102 grossesses survenant chez 19 femmes saturnines il y eut 76 accouchements prématurés et 26 grossesses à terme seulement. Et d'ailleurs, comme le fait remarquer Biday, les avortements saturnins se présentent avec des allures tellement semblables à celles des avortements syphilitiques que si la cause en était cachée, bien peu de praticiens hésiteraient à leur attribuer une cause spécifique.

Tout en admettant la grande similitude entre les effets produits par l'intoxication saturnine et l'infection

syphilitique il est difficile d'établir une relation entre les deux causes. Il est hors de doute que le plomb après avoir imprégné l'organisme maternel exerce une influence nocive sur le fœtus ; il est en effet démontré qu'un grand nombre de principes absorbés par la mère passent dans la circulation fœtale. Les recherches de Magendie, Gusserow, Ruge, Fehling et de notre maître M. Porak ont mis ce fait en évidence pour le camphre, l'iodure de potassium, de sodium, le salicylate de soude, le chloroforme. Mais le principe morbide de la syphilis peut-il être comparé à ces substances chimiques ? c'est là une proposition difficile à soutenir.

L'analogie de l'infection syphilitique est plus grande avec certaines affections virulentes, rougeole, scarlatine, variole qui peuvent être transmises de la mère au fœtus. Nous nous sentons bien plus à l'aise sur ce terrain et l'hypothèse que l'on peut y établir est plus solide.

En effet on ne voit pas pour quelles raisons le virus de la variole par exemple passant de la mère à l'enfant le virus syphilitique éprouverait plus de résistance.

Et même en généralisant ces faits ne pourrait-on pas appliquer ce mode de transmission aux maladies infectieuses en général et à la tuberculose en particulier ce qui modifierait quelque peu la conception de l'hérédité vraie. Quoi qu'il en soit, il est certain que pour le principe morbide de la syphilis l'intoxication primitive du fœtus doit intervenir fréquemment pour expliquer l'avortement. Souvent le fœtus est mort, presque toujours il est affecté de lésions organiques plus ou moins graves qui sont certainement pour quelque chose dans son expulsion prématurée.

LÉSIONS DE L'UTÉRUS.

L'avortement peut encore reconnaître pour cause des manifestations diverses du côté de l'utérus, du placenta ou de ses annexes.

Du côté de l'utérus on a accusé la syphilis de produire, par l'anémie qu'elle détermine, des troubles de nutrition et d'innervation qui à leur tour produiraient l'avortement.

LÉSIONS DE LA CADUQUE.

On a regardé la syphilis comme amenant une inflammation chronique de la caduque. Cette inflammation consiste en une prolifération conjonctive avec induration et épaississement de la caduque.

Pour Schrœder, Spiegelberg et Duncau cette altération ne serait pas la cause de la mort du fœtus mais lui serait au contraire consécutive.

Quand l'altération porte sur la muqueuse interutéro placentaire, l'avortement est surtout fort à craindre. (1)

LÉSIONS DU CHORION.

Braun cité par Blaise a rapporté le cas d'une femme syphilitique chez laquelle une inflammation diffuse du tissu conjonctif de nouvelle formation dans le chorion amena son atrophie et l'avortement.

Vallois dans sa thèse inaugurale dit avoir examiné

(1) Vallois. Contribution à l'étude de la syphilis pendant la grossesse. Th. Nancy 1885.

3 chorions provenant de femmes syphilitiques et avoir chaque fois rencontré des altérations caractérisées par la présence de cellules volumineuses qu'il n'a jamais trouvées dansles chorions des femmes non syphilitiques.

LÉSIONS DE L'AMNIOS.

Burns en 1839 avait observé que la syphilis quand elle existait chez le père et la mère pouvait produire l'hydramnios.

Dans ses leçons cliniques sur la syphilis chez la femme M. le professeur Fournier écrit : « J'ai vu quatre « fois l'hydramnios compliquer des grossesses survenues « chez des femmes syphilitiques à la période secondaire. « N'est-ce là qu'une coïncidence ou bien l'hydramnios est-elle un accident qui puisse dériver de la syphilis? »

Depuis, Bar a entrepris des recherches sur ce sujet et d'après lui la vérole serait une cause de l'hydropisie de l'amnios. (1) Pour Bar, cette complication de la grossesse semble inconnue chez la femme syphilitique de contagion récente. Il n'en a pas observé un seul cas à Lourcine où abondent les syphilitiques de la première et de la seconde période. D'autre part, l'hydramnios ne se rencontrerait jamais chez les femmes infectées si le fœtus ne l'est pas lui-même. Il faut, pour que l'hydropisie de l'amnios se produise, qu'il existe des lésions du fœtus ou de ses annexes entravant la circulation dans le

(1) Parmi les observations récentes Charpentier cite celles de Bourgarel, Depaul, Guéniot, Charpentier, Sallinger.

système de la veine ombilicale. Or de toutes les causes capables de produire des troubles circulatoires semblables, la syphilis viscérale est la plus fréquente. (Blaise) « Aussi, dit Bar, quand nous voyons une femme syphilitique être atteinte d'hydramnios pendant la grossesse, nous devons porter un pronostic défavorable pour l'enfant, surtout si nous voyons cette complication se montrer rapidement vers les 4e, 5e, 6e mois c'est-à-dire au moment où les lésions viscérales du fœtus sont le plus souvent en pleine activité. »

Nous voyons donc l'hydramnios se compliquer, d'après Bar, de lésions viscérales du fœtus; or, si dans certains cas, ce fait est exact, dans d'autres cas d'hydramnios, au contraire, la mère étant syphilitique, le fœtus, le placenta et les membranes n'offrent aucune lésion.

D'ailleurs si les lésions viscérales du fœtus sont à la fois une cause d'avortement comme on l'observe fréquemment et une cause d'hydramnios, selon Bar, l'hydramnios étant lui-même une cause d'avortement, il est difficile de savoir la part qui revient à chacun de ces deux facteurs dans la production de l'avortement et si c'est la lésion des membranes ou la lésion fœtale qui l'emporte et joue le principal rôle.

LÉSIONS DU PLACENTA.

Les lésions placentaires sont une cause puissante d'avortement chez les syphilitiques. Nous allons, avant d'étudier plus particulièrement ces lésions et d'expli–

quer leurs effets, passer rapidement en revue les auteurs qui se sont tout particulièrement occupés de cette question.

Ce rapide aperçu historique, reproduit dans la thèse de Vallois, est emprunté à Frœnkel.

Murat en 1820 signalait chez les femmes syphilitiques certaines taches noirâtres du placenta et attribuait ces taches à des décollements et à des hémorrhagies.

En 1850 Paul Dubois refuse à ces taches tout caractère spécifique.

Simpson signale l'anémie placentaire dans le cas de syphilis.

Lebert rencontra chez des femmes syphilitiques à la période secondaire des granulations jaunâtres entre l'amnios et le chorion et qui offraient un aspect tuberculeux.

Mackensie remarqua aussi ces granulations dans un cas de syphilis avec mort du fœtus.

Virchow le premier essaya de distinguer les lésions de la surface maternelle de celles de la surface fœtale du placenta.

Slavjansky et Kleinwachter observaient 6 cas de fœtus morts et macérés dont les mères étaient syphilitiques : aucun fœtus ne présentait des lésions expliquant la mort mais dans tous ces cas il existait des noyaux fibreux allant de la surface maternelle du placenta jusque dans la profondeur de l'organe.

Œdmanson, dans des cas de syphilis, trouva également

des lésions placentaires, tantôt inflammation diffuse tantôt hypertrophie de villosités.

Frœnkel précise les lésions du placenta d'origine syphilitique et les conditions dans lesquelles elles se présentent.

Voici ses conclusions :

1° Il existe un placenta syphilitique et ce placenta présente des caractères spéciaux.

2° Le placenta syphilitique ne se rencontre que dans le cas de syphilis fœtale héréditaire ou congénitale. Les lésions peuvent porter sur la surface fœtale du placenta et sur la surface maternelle.

Macdonald admet aussi un placenta syphilitique caractérisé par la présence de lésions occupant la face fœtale du placenta.

En France, la plupart des auteurs n'admettent pas de lésions syphilitiques du placenta. En 1379 Hervaux ayant présenté dans une discussion à l'Académie de médecine un placenta comme syphilitique et dans lequel M. Malassez avait trouvé des gommes. M. Tarnier a déclaré avoir examiné au moins 50 placentas de femmes certainement syphilitiques et n'y avoir jamais découvert aucune lésion caractéristique de la syphilis, tandis qu'au contraire sur des placentas de femmes non syphilitiques il avait souvent trouvé des tumeurs semblables à celles décrites par M. Hervieux.

Depaul partageait l'opinion de M. Tarnier au sujet de la spécificité des lésions placentaires.

M. de Sinéty soupçonne la syphilis, sans l'affirmer, lorsqu'il rencontre l'hypertrophie et la dégénérescence fibreuse de la villosité et la présence d'ilots caséeux.

Vallois, dans sa thèse, rapporte qu'il a examiné au microscope 6 placentas de femmes syphilitiques et qu'il a trouvé des altérations des villosités : elles étaient hypertrophiées avec des granulations dans leur intérieur et les vaisseaux étaient fibreux et atrophiés.

Dans quelques unes de nos observations on trouvera également notées des altérations du placenta.

Voyons maintenant par quel mécanisme les lésions placentaires peuvent amener l'avortement.

En diminuant le champ de l'hématose les granulations qui tendent à remplir les villosités mettent, au dire de Frœnkel, qui a tout particulièrement étudié cette question, le fœtus dans la situation d'un phtisique qui meurt par apnée. L'utérus devient alors un logement insalubre pour le fœtus, tandis qu'au contraire lorsque la mère étant saine accouche d'un fœtus syphilitique du fait de son père c'est le fœtus qui peut être un hôte insalubre pour l'utérus qui le loge.

La syphilis de la surface maternelle du placenta peut causer la mort du fœtus et l'avortement.

1° En amenant un épaississement plus ou moins étendu de cette partie du placenta.

2° En produisant secondairement la compression, puis l'atrophie des villosités.

Il faut donc faire une part peut-être très grande aux lésions du placenta et des membranes. En effet sous

l'influence de la syphilis le placenta peut présenter des lésions consistant en une inflammation scléreuse diffuse ou localisée et en la production de gommes véritables. Dans les deux cas, la circulation placentaire est gênée, ce qui entraîne des troubles de nutrition du fœtus dont la mort est la conséquence dans beaucoup de cas. L'avortement ne tarde pas à se produire.

Quelquefois aussi (Chandelux in thèse Duchamps) autour des régions malades se produisent des congestions, des hémorrhagies qui peuvent amener le décollement du placenta et la mort du fœtus.

Il faut donc admettre que les lésions syphilitiques du placenta jouent un rôle considérable dans la production de l'avortement syphilitique (Blaise).

LÉSIONS DU CORDON.

Il ne nous reste plus, pour en avoir fini avec les lésions des annexes du fœtus, qu'à examiner les lésions qui peuvent se rencontrer du côté du cordon chez les femmes syphilitiques. Œdmanson crut avoir trouvé (Thèse de Duchamps) dans les vaisseaux du cordon,de l'athérome avec dégénérescence calcaire de la tunique interne et thrombose dans les vaisseaux collatéraux.

Léopoldt cité par Blaise rapporte avoir trouvé dans les cordons syphilitiques un rétrécissement pathologique et un épaississement des parois au niveau du rétrécissement de la veine ombilicale, à 8 ou 10 cent. de l'insertion placentaire.

En son milieu la veine était élargie, elle atteignait

12 à 15 millimètres, dans une étendue de 5 à 6 centimètres de diamètre, au point qu'il pouvait y avoir rupture de la veine et épanchement sanguin dans la gélatine de Wharton.

Braun cité par Blaise attribue à la syphilis une hyperplasie du tissu conjonctif amenant l'hypertrophie du cordon et la mort du fœtus.

Vallois dans sa thèse, à laquelle nous avons déjà fait allusion, rapporte que dans quatre cordons examinés au microscope un seul était normal les autres présentaient un état fibreux très caractérisé.

CHAPITRE II

De l'influence de la syphilis paternelle sur la grossesse et le produit de conception.

Le père exerce-t-il une influence directe sur le produit de la conception, autrement dit le père syphilitique peut-il transmettre la syphilis au fœtus sans contaminer la mère?

Cette question a fait l'objet de mainte controverse; tandis que les anciens syphiligraphes attribuaient à l'influence paternelle une part prépondérante et souvent même exclusive dans la transmission héréditaire de la syphilis — opinion évidemment empreinte d'exagération — d'autres auteurs plus modernes mais tout aussi exclusifs, refusaient au père toute influence dans l'hérédité de la syphilis.

Aujourd'hui l'opinion qui a prévalu est ce qu'on pourrait appeler l'opinion du juste milieu : en effet, tout en constatant que l'influence paternelle est loin d'être aussi fréquente que celle de la mère, tous les auteurs l'admettent.

Ce fut Paracelse qui, le premier, en 1529, s'occupa de la contamination des enfants par la fécondation, en spécifiant que dans certaines circonstances : « Fit morbus « hereditarius et transit a patre ad filium. »

Les autres écrivains du XVIe siècle, Massa, Ferrier, Rondelet, Botal n'ont fait que répéter les idées de Paracelse sans y rien ajouter d'important.

Plus près de nous, Boarhaave et Astruc approfondissant la découverte de leurs devanciers, établirent l'influence de chacun des parents et signalèrent le mécanisme qui préside à la contamination : le père par les particules de la semence qui sont pathologiquement modifiées, la mère par la nourriture qu'elle donne au fœtus pendant la grossesse.

La doctrine d'Astruc était admise quand Hunter contestant le fait de la syphilis héréditaire, soutint le principe de la non-contagiosité du sperme d'un syphilitique. « On a supposé, dit-il, que le sperme peut... même « dans la fécondation, produire un fœtus vérolé : cette « hypothèse est sans fondement. »

Vassal (1), Cullerier (2), Notta (3), Diday (4), Charrier (5), Mireur (6), nient complètement l'influence paternelle dans l'hérédité tandis qu'au contraire Trousseau (7) Cazenave et Mayr lui font jouer un rôle prépondérant. Bouchut (8) tout en paraissant admettre l'in-

(1) Vassal. — Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant 1807.

(2) Cullerier. — Mémoire de la Société de chirurgie 1857, t. IV, p. 230.

(3) Notta. — Mémoire sur l'hérédité syphilitique 1857.

(4) Diday. — Traité de la syphilis des nouveau-nés.

(5) Charrier. — Hérédité syphilitique. Archives de médecine 1862.

(6) Mireur. — Thèse Paris 1867. Essai sur l'hérédité de la syphilis.

(7) Trousseau. — Leçons cliniques sur la syphilis congénitale 1857.

(8) Bouchut. — Traité de maladies des nouveau-nés.

fluence de la syphilis paternelle sur la grossesse, insinue que la transmission par le père n'est pas toujours bien établie et que dans la plupart des cas la cause en a été trouvée chez la mère.

Bertin (1), Depaul (2), Martins et Vidal (3) admettent sans conteste l'influence de la syphilis du père sur la grossesse.

Frœnkel (4) admet que le virus syphilitique du père peut agir directement sur l'œuf au moyen du sperme et que dans ce cas la mère peut rester saine.

La syphilis du père a une action incontestable sur la grossesse, car, comme le fait judicieusement observer Bourreau, (5) nombreux sont les faits dans lesquels le le père étant syphilitique au moment de son mariage, la femme a un premier avortement ovulaire puis un avortement embryonnaire. Le père consulte, on lui donne le traitement mercuriel, la femme a un accouchement prématuré; il continue son traitement et la femme accouche à terme.

D'autres cas non moins démonstratifs sont ceux où la mère ayant eu des enfants bien portants et à terme d'un premier mari à des avortements successifs dans le cours d'un second mariage et où un traitement spécifique suivi par le père a suffit pour rendre possible la naissance à terme d'un enfant sain.

(1) Bertin. — Traité de maladies vénériennes chez les nouveau-nés.
(2) Depault. — Gazette médicale, Paris 1851.
(3) Vidal. — Thèse d'agrégation.
(4) Frœnkel. — Ueber placentar syphilis, 1872.
(5) Bourreau. — Thèse de Paris.

Néanmoins si, avec le professeur Fournier qui dit : « l'enfant né d'un père syphilitique et d'une mère saine « est exposé par le fait de la syphilis paternelle à mourir « avant terme » nous admettons le pouvoir syphiligène du père, nous devons constater que ce pouvoir est loin d'être aussi actif que celui de la mère qui, restant d'ailleurs pendant 9 mois en communication directe avec son produit, a plus de chance de le contaminer.

Lorsque le père syphilitique transmet l'infection à son enfant, les mêmes causes produisant les mêmes effets, le résultat est le même que si la syphilis lui avait été donnée par la mère et alors ou bien l'avortement a lieu le plus souvent, ou l'enfant naît avant terme ou même à terme avec des lésions spécifiques héréditaires. Mais heureusement, comme nous le disions, l'influence de la syphilis du père sur l'expulsion prématurée du produit de la conception, est loin d'être aussi fréquente que celle de la syphilis maternelle. Et comme cette influence se traduit par la terminaison de la grossesse avant terme, l'influence du père se distingue de celle de la mère par la fréquence moindre des avortements. La statistique de Kassowitz reproduite dans la thèse d'agrégation de Blaise démontre ce fait d'une façon irréfutable.

Sur 43 unions où le père seul était syphilitique et qui fournirent 105 enfants, Kassowitz a trouvé 25 terminaisons avant terme et 80 naissances à terme avec syphilis. Ce qui fait une proportion de 24 0/0.

Dans 10 cas où la mère était syphilitique il eut 40 grossesses, 18 terminaisons avant terme, 22 enfants à

terme et syphilitiques. Ce qui fait une proportion de 45 0/0.

L'influence de la mère se chiffrerait donc par un nombre presque double de celui qui correspond à l'influence du père.

Dans 23 autres cas où les deux parents étaient syphilitiques, il y eut 76 grossesses dont 39 vinrent avant terme, soit 51 0/0.

Kassowitz arrive par l'analyse de cette statistique à cette conclusion que les enfants conçus dans les premières années qui suivent l'infection des parents sont expulsés presque toujours avant terme. Dans ce cas on observe quelquefois successivement jusqu'à 9 terminaisons avant terme, la moyenne étant de 2 ou 3.

Quoiqu'il en soit, la statistique de Kassowitz nous paraît fournir des résultats singulièrement sombres en ce qui concerne l'influence paternelle; que cette influence puisse se manifester, cela n'est pas douteux, mais que sa fréquence puisse se traduire par 24 0/0 d'avortements et 76 0/0 d'enfants à terme, mais syphilitiques, cela nous paraît exagéré à moins que Kassowitz n'ait choisi spécialement ses sujets ou qu'il soit tombé sur une série désastreuse. D'ailleurs, M. le professeur Fournier, tout en admettant dans une très large mesure le pouvoir syphiligène du père, formule cette conclusion bien moins pessimiste que celle de Kassowitz : « Étant « donné d'une part un mari syphilitique et d'autre part « une femme saine, il y a des chances pour que l'enfant « issu de ce couple naisse exempt de syphilis. »

Il y aura d'autant plus de chances que le père se sera

soumis au traitement hydrargyrique avant la conception : en effet, si chez la femme syphilitique le traitement donne d'heureux résultats, au point de vue de la préservation de l'enfant et surtout de la conduite à terme de la grossesse, les résultats obtenus par le traitement du père sont encore plus favorables.

Le traitement mercuriel doit être aussi prescrit à la mère même non contagionnée, lorsque le père seul étant syphilitique on a quelque raison de craindre que la mère ne mette au monde un enfant entaché de syphilis. Car il est incontestable que l'influence du mercure doit, par l'intermédiaire de la mère, retentir sur le fœtus seul infecté et produire sur lui les meilleurs effets.

Cette règle de conduite est adoptée par la plupart des médecins et Devilliers, à l'article « avortement spontané » du Dictionnaire Jaccoud s'exprime ainsi : « Si « c'est le père seul qui ait jadis été atteint, nous nous « sommes toujours bien trouvé d'administrer à la femme « les préparations mercurielles à doses fractionnées, par « exemple un à deux centigrammes de proto-iodure « d'hydrargyre, chaque jour, pendant plusieurs mois, « mais avec quelques intervalles de repos, selon l'état « des voies digestives ou les effets produits. »

D'autre part, comme le dit très bien Riocreux qui rapporte 54 observations très concluantes de transmission héréditaire de syphilis paternelle, dans son intéressant travail sur la syphilis d'origine paternelle, il est bien évident qu'on pourra dans un jeune ménage ne pas être toujours appelé assez à temps pour prescrire au père le traitement avant toute fécondation ; cela on

pourra le faire par anticipation pour une seconde grossesse, mais rarement pour la première et alors pour tâcher d'enrayer la maladie qu'on est en droit de redouter pour le jeune enfant il ne reste plus d'autre ressource au médecin que de prescrire le traitement à la mère. Or ce traitement aura généralement les meilleurs effets : il permettra de conduire la grossesse jusqu'à son terme et même le plus souvent d'avoir un enfant sain.

Maintenant il est de toute évidence que si, chez la mère, l'âge de la syphilis joue un rôle considérable au point de vue de la terminaison de la grossesse, il en sera absolument de même pour le père. Il est certain que, si nous choisissons des hommes en pleine poussée d'accidents secondaires, et que nous en fassions les sujets d'une statistique, nous serons bien près d'obtenir des résultats se rapprochant sensiblement de ceux de Kassowitz, tandis que si nous avons affaire à des syphilis de date plus ancienne, l'opinion de M. Fournier sera la vraie, puisque, même parmi les partisans de l'hérédité paternelle, certains auteurs sont d'avis qu'arrivée à la période tertiaire la syphilis paternelle n'a plus d'influence sur le produit de conception. Sans aller jusqu'à dire avec Gubler : la diathèse n'est justiciable que du temps, ce qui serait la négation de la thérapeutique reconnue d'ailleurs d'une efficacité incontestable pour la syphilis; il est absolument certain que le temps affaiblit l'influence néfaste de la diathèse.

Observations empruntées à la thèse de Piquand. Paris 1868.

Liégeois consulté par une dame qui avait eu 3 avortements successifs prend le mari à part, obtient aveu d'une syphilis antérieure et le soumet au traitement, en évitant tout rapport pendant 3 mois.

Au bout de ce temps survient une 4e grossesse terminée par la naissance d'un enfant vivant et qui l'est resté.

Une dame fait 5 avortements successifs :

1re grossesse : avortement à 3 mois.
2e — — 4 —
3e — — 5 —
4e — accouchement prématuré à 6 mois.
5e — — — 8 —
6e — enfant vivant qui succombe après l'apparition de plaques muqueuses.

Le mari syphilitique dans sa jeunesse est soumis au traitement et prend des pilules de protoiodure Hg. La femme devient enceinte et accouche à terme d'un enfant vivant qui présente quelques lésions mais qui, bien soigné, finit par en triompher.

Observation tirée de la *Gazette hebdom.* 1855, p. 374.

Une dame niait, ainsi que son mari, avoir jamais eu la syphilis. Elle avait eu 4 enfants mort-nés.

Le 1er à terme.
Le 2e à 8 mois.
Le 3e à 7 mois.
Et le 4e à 6 mois.

De nouveau enceinte de 3 mois elle consulta le Dr Johns qui lui fit prendre un traitement antisyphilitique ; elle avorta

à 7 mois d'un enfant hydrocéphale putréfié ; on continua le traitement et on le fit suivre au mari. Quatre mois et demi après, nouvelle grossesse terminée par un accouchement à terme d'un enfant bien portant.

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupés que du père dans cette question de l'hérédité paternelle, voyons un peu maintenant ce qu'il advient de la mère qui met au monde à terme ou avant terme un enfant syphilitique du fait de son père. Les choses peuvent se passer de deux façons absolument différentes :

1° La mère indemne de syphilis, peut mettre au monde un enfant syphilitique et rester sauve de tout accident syphilitique après son accouchement ;

2° La mère peut devenir syphilitique par le fait de son enfant.

1° *La mère reste indemne de syphilis.*

Dans nombre de cas, la mère est indemne de syphilis, bien que mettant au monde un fœtus infecté du fait de son père : en outre cette femme jouit d'une immunité absolue pour la syphilis et les tentatives d'inoculation souvent répétées sont restées sans résultat.

C'est ce qu'on appelle la loi de Colles, loi célèbre, établie sur ses paroles :

« C'est un fait curieux dont je n'ai jamais vu, ni
« entendu parler que l'exemple d'un enfant, qui, te-
« nant l'infection syphilitique de ses parents ait causé
« une ulcération au sein de sa mère : d'autre part il y

« a peu de cas où un tel enfant n'eût pas infecté une « nourrice saine. »

Cette loi, qui a donné lieu à de nombreuses discussions et qui est admise par la plupart des syphiligraphes, est interprétée de deux façons différentes : les uns veulent voir dans ces faits une sorte de vaccination, les autres, envisageant la question sous un autre aspect, prétendent que la mère, bien que ne présentant pas d'accidents syphilitiques apparents, n'en a pas moins contracté une syphilis très amoindrie, mais qui peut par instant et dans un avenir souvent très éloigné, trahir sa présence dans l'économie par des accidents souvent très graves.

Voici comment Blaise résume la question : « Si cet enfant né d'un père syphilitique, dit-il, et qui peut infecter une nourrice étrangère, ne peut pas infecter sa propre mère, c'est que cette dernière présente une immunité, et cette immunité implique de toute nécessité l'idée d'une contamination déjà subie par la mère. La mère est donc infectée et l'infection maternelle paraît le corollaire indispensable de toute transmission héréditaire du fait du père. Mais il faut immédiatement reconnaître que si la mère est infectée elle ne l'est qu'à un très faible degré puisque cette infection ne se révèle par aucun des caractères habituels de l'infection syphilitique ».

Il s'agit dans ce cas d'une infection spéciale, d'une syphilis imperceptible (Diday).

L'état dans lequel se trouve la mère est entièrement comparable à celui que produit une vaccination. Il ne

diffère de la santé que par un point : l'inaptitude du sujet à subir de nouveau l'imprégnation syphilitique constitutionnelle.

Riocreux, qui croit à une véritable infection non apparente de la mère, après avoir cité des observations de femmes ayant présenté, longtemps après un accouchement d'enfant syphilitique par le fait du père, des accidents tardifs attribués à la syphilis et amendés par le traitement spécifique conclut ainsi :

« Dans le plus grand nombre des cas d'hérédité paternelle, la mère paraît rester saine. Mais nous avons des raisons sérieuses de croire qu'elle est plutôt vaccinée, ou pour mieux dire qu'elle a contracté une syphilis conceptionnelle très atténuée, laquelle reste longtemps silencieuse, mais peut donner, après un certain nombre d'années, des accidents, souvent peu importants, mais parfois très graves ».

Diverses explications ont été fournies pour la loi de Colles.

Hutchinson prétendait que la mitigation de la syphilis transmise à la mère par le fœtus était due au mode de pénétration du virus dans l'économie. Il voyait là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour le virus varioleux : introduit dans l'organisme, il donne une affection relativement légère, absorbé au contraire par inhalation, il produit une maladie très grave.

L'étude de l'atténuation du virus a donné des résultats semblables : selon qu'on fait des injections intra-

vasculaires ou des inoculations sous-épidermiques, on confère l'immunité ou la maladie. Ces expériences ont été faites d'une façon très brillante, particulièrement pour le charbon symptomatique.

« La bénignité de la syphilis transmise à la mère par le fœtus pourrait recevoir une interprétation analogue et l'on pourrait admettre, dit Blaise, qu'il y a atténuation de la syphilis maternelle, parce que la mère s'est infectée par le sang au niveau du placenta, et non par une inoculation sous-épidermique. Mais cette interprétation, toute séduisante qu'elle paraisse, ne nous semble pas entièrement satisfaisante.

« Les expériences de MM. Strauss et Chamberland, paraissent jeter un jour tout nouveau sur ce délicat problème. Ces expérimentateurs, par des méthodes très précises, ont montré que, contrairement à tout ce que l'on croyait jusqu'ici, sur la foi de Brauell, Davaine, etc., la bactéridie charbonneuse passe de la mère au fœtus. Mais ce passage de la bactéridie à travers le placenta ne s'effectue que dans des proportions si minimes qu'il avait passé inaperçu. En d'autres termes, si le filtre placentaire ne constitue pas une barrière absolue, il joue cependant un rôle de filtration manifeste quoique imparfait en ce sens qu'il ne livre passage qu'à un nombre restreint de micro-organismes. »

Appliquant ces conclusions aux faits de transmission syphilitique par voie placentaire, Blaise ajoute :

« Dans le fait de l'atténuation de la syphilis transmise du fœtus à la mère (et réciproquement) ce qui d'après ces notions, paraît la cause la plus plausible de

l'atténuation, ce n'est pas, comme le pensent MM. Hutchinson et Diday, le lieu de pénétration du virus, mais la faible quantité du micro-organisme pathogène transmis à travers le placenta.

« On sait en effet par les recherches si intéressantes de M. Chauveau, confirmées par celles de M. Pasteur, que de faibles quantités de virus peuvent produire une maladie atténuée, conférant cependant l'immunité ultérieure contre l'inoculation virulente.

« En faisant intervenir cette notion de l'influence des quantités du virus franchissant le placenta et de la variabilité de ces quantités, dans les cas particuliers, on peut expliquer toutes les variantes que nous fournit l'histoire de la syphilis par conception. Les cas auxquels s'applique la loi de Colles sont ceux où le passage à travers le placenta s'est effectué en quantité si faible que la maladie provoquée chez la mère est latente et se traduit cependant par l'immunité acquise contre l'inoculation virulente ».

Néanmoins, après les faits rapportés par Riocreux (1) (de femmes mariées à des syphilitiques, mères d'enfants syphilitiques et qui après un temps parfois fort long, ont présenté des accidents très graves, soupçonnés de nature syphilitique), il importerait de ne pas s'endormir dans une sécurité absolue sur l'avenir de la mère, restée saine, d'un enfant syphilitique, puisque la maladie est toujours à l'état latent et que la diathèse

(1) Riocreux. Th. de Paris 1888.

peut se traduire au bout de plusieurs années par des manifestations viscérales quelquefois très sérieuses.

2° La mère devient syphilitique du fait de son enfant.

Pendant la grossesse, les communications qui s'établissent entre la mère et le fœtus par l'intermédiaire de la circulation utéro-placentaire sont des plus directes.

Grâce à ces étroites connexions, il se fait par endosmose un échange réciproque entre le sang qui provient de la mère et qui est destiné à entretenir la vie du nouvel être et le sang que celui-ci lui rend, après qu'il est devenu impropre à sa nutrition. Il se produit là une véritable hématose par un mécanisme assez semblable à celui qui fonctionne pour le poumon, c'est la respiration du fœtus.

Qu'arrive-t-il alors, lorsque le fœtus est syphilisé par le sperme paternel ? Quand c'est la mère qui est syphilitique, grâce aux échanges qui se passent au niveau du placenta, elle peut, en même temps qu'elle transmet au fœtus le sang destiné à le faire vivre, laisser franchir cette faible barrière par le virus syphilitique et infecter son enfant. Or, si les choses se passent ainsi pour la mère, si le sang syphilitique peut à l'aller être une source d'infection, pourquoi ne pourrait-il en être de même au retour? Autrement dit, pourquoi l'embryon que le sang de la mère suffit à infecter, ne pourrait-il, alors qu'il est déjà vérolé par son père, infecter la mère par le sang qu'il lui renvoie, puisqu'il n'y a rien

de changé par le fait de la maladie dans les rapports physiologiques qui l'unissent à la mère ?

L'infection de la mère par le produit de la conception bien que peu fréquente, n'en existe pas moins et est généralement admise. Troncin, Depaul, Laugier, Semanos, Diday, Hutchinson, en ont rapporté des exemples. Ricord ne croit pas ce mode de propagation impossible.

Hutchinson admet que la syphilis constitutionnelle est transmise aux fluides maternels par ceux du fœtus encore dans l'utérus quand il a été engendré par un père syphilitique.

Depaul est à ce sujet, très affirmatif.

Vidal, au contraire, émet un doute.

Voici comment M. Fournier résume la question :

« Dans d'autres cas, la véritable source de l'infection de la mère serait son enfant. La mère, saine jusque là, deviendrait syphilitique pendant la grossesse et de par la grossesse : il existerait ce que Diday a appelé la syphilis par conception. Il se fonde pour l'admettre sur ce que chez ces femmes, on ne peut jamais trouver l'accident initial de la syphilis, le chancre ; sur ce que, après avoir vécu des mois et des années avec leur mari sans avoir été infectées, elles n'ont eu la syphilis qu'après être devenues enceintes. Si une femme enceinte, contractant la syphilis pendant sa grossesse, peut la communiquer au fœtus, il faut bien admettre, avec Hutchinson, que c'est par le sang que la contagion doit se faire, par la circulation utéro-placentaire. Si d'autre part, l'on admet, que le père ayant seul la syphilis,

peut la communiquer à l'enfant, il faudra bien admettre encore que cet enfant syphilitique par son père, peut lui aussi, par le sang, par la circulation utéro-placentaire, contaminer la mère.

Telle serait la syphilis par conception, par choc en retour ; l'homme pourrait donc infecter la femme de deux façons, comme mari ou comme père de l'enfant qu'elle porte. »

Il y aurait alors, dans les cas de transmission de la syphilis du fœtus à la mère, passage à travers le placenta d'une quantité assez considérable du micro-organisme pathogène plus considérable que lorsque la maladie reste chez la mère à l'état latent, tout en lui conférant cependant, comme nous l'avons vu plus haut, l'immunité contre l'inoculation virulente.

Cette transmission de la syphilis de l'embryon à là mère a été mise en doute, et en effet les adversaires de cette opinion peuvent mettre en avant des arguments d'une réfutation assez difficile. En effet, parmi les cas de transmission que l'on rapporte, il doit y en avoir d'une authenticité très relative : étant donné un mari syphilitique, un fœtus qui naît syphilitique et une femme qui devient également syphilitique il paraît bien difficile d'établir nettement lequel de la mère ou de l'enfant a contagionné l'autre.

On ne peut jamais dans ces cas, dit M. Diday, apercevoir le chancre, est-on en droit de conclure de ce fait qu'il n'ait pas existé ? La mère, dit-on encore, pendant des mois et des années a cohabité avec le père de son enfant, sans avoir eu la syphilis. — Point également

peu aisé à établir, la syphilis ayant pu passer inaperçue et être réveillée par la grossesse. En outre, le mari peut très bien n'avoir pas prêté d'attention à certaines poussées d'accidents très légers qui reviennent parfois très longtemps après le début de la syphilis et avoir contagionné à la fois sa femme et son enfant.

En résumé, la contagion de la mère par son enfant, admise par un grand nombre d'auteurs, n'est pas impossible, mais doit être un fait exceptionnel et bien des cas d'infection qu'on imputera à l'enfant devront être attribués au père.

Pour en avoir fini avec l'influence paternelle, il ne nous reste plus qu'à examiner ce qu'il advient quand un syphilitique cohabite avec une femme déjà enceinte.

Une femme qui, étant enceinte, a eu des rapports avec un homme atteint de syphilis, pourra-t-elle mettre au monde un enfant syphilitique sans avoir elle-même contracté la maladie?

Le père de l'enfant est sain, l'enfant procréé est donc sain, mais un homme syphilitique vient alors à cohabiter avec cette femme : peut-il donner directement la vérole au fœtus, sans avoir infecté la mère ?

Cette question fut soulevée pour la première fois par Hunter et Nisbett, puis jusqu'en 1698 elle n'est plus agitée. A cette époque, de Blégny écrit : « On voit souvent des enfants naître vérolés, quoique les semences qui avaient servi à leur conception eussent été pures, parce que leur mère ont eu la compagnie d'hommes mal nets pendant leur grossesse. »

Remarquons dit Riocreux, qui cite cet auteur, que de Blégny ne dit pas que la mère n'a pas pris elle-même la vérole et dans ce cas nous ne trouvons rien d'extraordinaire.

Il est vrai qu'il est difficile de pénétrer la pensée de de Blégny, mais si la mère avait contracté la syphilis dans des rapports postérieurs à la conception, de Blégny n'aurait sans doute pas attiré l'attention sur le fait de la contamination de l'enfant, fait banal qui n'est que la confirmation de la loi générale de la transmission de la syphilis.

Hunter a essayé d'expliquer la contamination de l'enfant d'une femme restée saine qui, étant enceinte, a cohabité avec un syphilitique, par une prétendue absorption de pus infectant, qui atteindrait le fœtus sans contagionner la mère.

M. Blaise veut bien trouver cette explication plausible et voit dans les faits de variole qui atteignent le fœtus sans toucher la mère, une similitude très grande avec les faits auxquels fait allusion de Blégny.

La question n'est pas encore tranchée, néanmoins le rapprochement fait par Blaise entre la variole et la vérole qui toutes deux peuvent atteindre le fœtus en épargnant la mère est assez séduisant.

« Si l'on admet, en effet, comme il le dit, que la syphilis est une affection virulente et que toute affection virulente est parasitaire... l'agent virulent peut être porté sur l'ovule au moment de la fécondation par le fait de l'arrivée d'un spermatozoïde virulent ; enfin, quand l'infection de l'embryon a lieu à une époque plus

ou moins avancée de la gestation, il peut traverser le placenta. Dans tous ces cas, nous avons affaire à des phénomènes d'infection ou d'inoculation plus complexes, sans doute, que ceux que nous sommes habitués à observer mais absolument de même ordre. »

Si la mère présentait pendant ou après sa grossesse, des accidents syphilitiques, on pourrait hésiter à attribuer ces accidents à l'enfant qu'elle a porté et les imputer au père, mais dans le cas qui nous occupe, il n'y a rien de semblable, la mère reste parfaitement saine quoiqu'ayant mis au monde un enfant syphilitique. Il n'y a aucune contestation possible.

Nous voyons une démonstration concluante de ce fait dans l'observation d'Alber, citée par Diday. Il s'agit en effet d'un homme qui a des rapports avec sa femme alors enceinte de six à sept mois. La femme n'est pas infectée et accouche à terme d'un enfant qui eut, bientôt après sa naissance, des pustules manifestement syphilitiques et mourut au bout de 9 jours. Le père, peu de temps après, présenta les symptômes de la syphilis constitutionnelle et en fut guéri par les onctions mercurielles.

Dans d'autres cas, la femme peut avoir cohabité avec un syphilitique, n'avoir contracté aucun mal et accoucher à terme d'un enfant sans lésions apparentes. Même dans ce cas. Diday conseille de n'avoir qu'une confiance minime dans un enfant né dans ces conditions et il conseille de surveiller attentivement sa santé.

Ayant fait nos recherches à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, il ne nous a pas été possible de recueillir des observations bien nettes de transmission héréditaire

de la syphilis du père à l'enfant, la mère restant saine. Malheureusement le plus souvent la femme ne peut, dans cette classe de la société, fournir que peu ou même pas de renseignements sur le père de l'enfant, mais nous sommes convaincu que parmi la quantité des observations d'avortements classés sous la dénomination d'avortements de cause inconnue, la syphilis paternelle peut en revendiquer une bonne partie.

CHAPITRE III

De l'influence de la syphilis maternelle selon qu'elle a été contractée. — α avant la conception. — β au début de la grossesse. — γ dans les derniers mois de la grossesse.

Influence de la syphilis sur la grossesse.

SYPHILIS MATERNELLE

La mère est syphilitique avant la conception.

Dans la transmission de la syphilis d'origine maternelle trois cas peuvent se présenter :

1° La syphilis a été acquise avant la conception ; 2° En même temps que la conception ; 3° La syphilis a été acquise après la

conception { α dans les premiers mois
β dans les derniers mois de la grossesse.

Lorsque la mère est syphilitique avant la conception la cellule ovulaire contient le germe de la syphilis, en est imprégnée et est modifiée par ce germe : par suite son développement ne pourra guère se faire que sous cette influence qui continue à s'exercer sur le fœtus pendant toute la durée de la gestation.

Nous avons vu en parlant de l'influence paternelle que, si certains auteurs accordent la prépondérance au père, la majorité s'est rangée, à juste titre, à l'opinion inverse. L'influence maternelle est d'ailleurs d'une évidence telle qu'elle est incontestable.

Mais si la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant peut se faire par l'ovule entaché lui-même de syphilis, le mécanisme peut en être différent et cette transmission peut se faire aussi par la voie placentaire : le fœtus qui avait échappé à la syphilis ovulaire est alors contaminé par l'infection intra-utérine.

Mais quel que soit le mécanisme qui régisse cette infection il est certain que celle-ci est des plus fréquentes.

Il serait important de savoir pendant combien de temps la mère qui a contracté la syphilis est susceptible de transmettre cette infection au fœtus. Malheureusement ici il est impossible de répondre d'une manière précise, si l'on sait que plus on s'éloigne du début de l'accident moins les conséquences funestes sont probables, il y a une foule de données qui viennent compliquer la question. La syphilis, en effet, se comporte de façon bien différente selon le terrain sur lequel elle évolue, mille conditions, sans parler du traitement, peuvent avoir une influence considérable sur son évolution, de sorte que l'on conçoit la difficulté de formuler un terme précis à son influence.

Kassowitz, d'après des statistiques, a fixé la durée moyenne de la transmissibilité à environ 10 années. Mais cette moyenne si dans certains cas elle peut être exacte, dans d'autres peut être absolument au-dessous

de la vérité, car il n'est pas rare, et nos observations en fournissent un exemple typique, de voir des femmes qui avortent ou accouchent d'enfants syphilitiques après 15, 18 et même 20 ans de syphilis.

La mère peut-elle transmettre la syphilis pendant la période tertiaire. Sans aucun doute et les exemples sont nombreux, bien que cette transmission ait été niée par plusieurs auteurs, Kassowitz et Bœrensprung entre autres? En effet le virus syphilitique est toujours dans le sang de la mère et si parfois il peut y avoir préservation de l'enfant il est difficile de comprendre la raison qui expliquerait la préservation de l'enfant, la mère étant en pleine évolution d'accidents tertiaires alors que dans bien des cas la mère ne présente plus aucun accident ni trace de syphilis et néanmoins met au monde des enfants syphilitiques.

C'est qu'en effet à certains moments et sous l'influence de certaines causes parmi lesquelles on peut faire entrer la grossesse il semble que la maladie sort de léthargie, le virus reprend une activité nouvelle et comme le dit Blaise, une femme qui précédemment avait mis au monde un enfant sain peut accoucher, quelques années après, d'un enfant syphilitique.

En résumé, la transmission de la syphilis de la mère au fœtus est d'autant plus rare que l'époque de la conception est plus éloignée du moment de l'infection. La présence des accidents tertiaires ne constitue pas une garantie certaine d'immunité pour le fœtus.

Voilà ce qui se passe lorsque la mère n'est soumise à aucun traitement.

Observations de syphilis contractées avant la conception.

21 février 1883. — Marie A..., 28 ans, cuisinière. Multipare, 2 accouchements à terme. Syphilis en 1881. 2 avortements depuis sa syphilis. 5e grossesse, accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort et macéré pesant 1.190 grammes.

28 juin 1884. — Marie S..., femme L..., 27 ans, fleuriste. Multipare, 2 accouchements à terme avant sa maladie. Syphilis contractée de son mari en 1881. Léger traitement a cette époque. Depuis, trois accouchements prématurés, 5 enfants morts et macérés ; la dernière grossesse actuelle se termine à terme, mais l'enfant est également macéré.

19 juin 1883. — Marie Cl..., 24 ans, domestique. Primipare.

Syphilis contractée 4 mois avant la conception.

Traitement suivi à cette époque pendant 2 mois.

Aucun traitement pendant la grossesse.

Accouchement dans le 9e mois d'une enfant vivante en bon état pesant 2.805 grammes, mais qui meurt au bout de quelques jours.

31 juillet 1883. — Aurélie S..., 24 ans, lingère.

En 1879, syphilis traitée irrégulièrement pendant 3 mois.

En 1880, accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort. Grossesse actuelle à terme. Enfant pesant 2.950 grammes, syphilitique, pemphigus aux membres supérieurs et inférieurs.

Liquide amniotique abondant.

Le 8 août, à sa sortie de l'hôpital, l'enfant présente une éruption généralisée de pemphigus et de l'ascite.

28 juillet 1883. — Marie L..., 27 ans, bijoutière.

Multipare. Syphilis remontant à 4 ans. Pas de traitement. Accouchement à terme, enfant macéré.

14 octobre 1883. — Maximilienne C..., 22 ans, domestique.

Primipare. Accidents syphilitiques soignés à l'Hôtel-Dieu,

d'octobre 1881 à janvier 1882. Accidents, plaques muqueuses, reparus seulement depuis cette grossesse.

Accouchement à terme : enfant en bon état et sans lésions apparentes, pèse 3.055 grammes à sa naissance et 3.000 grammes le 12e jour à sa sortie de l'hôpital.

16 octobre 1883. — Marie P..., 23 ans journalière.

Multipare. 3 accouchements à terme.

Syphilis à début inconnu.

Accouchement à terme : enfant vivant pesant 3.220 grammes, mais diminué de 305 grammes à sa sortie du service.

Grande quantité de liquide amniotique.

16 janvier 1884. — Philomène B..., 19 ans, domestique.

Multipare

Syphilis survenue en 1882 au 1er mois de sa première grossesse. Avortement à 5 mois 1/2, à Lourcine.

Traitement à l'iodure pendant plusieurs mois.

2e avortement, 6 mois 1/2, en juin 1883.

3e grossesse actuelle terminée par un accouchement prématuré à 6 mois 1/2 d'un enfant macéré pesant 1.320 grammes.

16 janvier 1884. — Emilie D..., 19 ans, couturière.

Multipare.

Le 25 juin 1882, premiers rapports sexuels et syphilis.

25 août. Entrée à Lourcine : traitement par pilules.

28 décembre 1882. Accouchement avant terme à 6 mois d'un enfant macéré.

Sortie de l'hôpital le 24 janvier 1883, continue le traitement pendant 2 mois.

3 juillet 1883. Devient enceinte d'un autre père. Accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant à abdomen volumineux pesant 1.520 grammes qui meurt immédiatement et dont l'autopsie révèle l'existence de lésions syphilitiques. Placenta altéré.

10 mars 1884. — Marceline A..., 30 ans, lingère.

En 1878, accouchement à terme.

En 1879, syphilis contractée pendant une deuxième grossesse : 2 mois de traitement à Lourcine, accouchement de deux enfants morts et macérés.

3e grossesse actuelle. Accouchement au 8e mois d'un enfant mort et macéré. Le placenta volumineux et friable présente des dégénérescences graisseuses. Le liquide amniotique verdâtre est très abondant.

L'enfant, du poids de 2.680 grammes présente de l'ascite et des phlyctènes sur diverses parties du corps.

29 juin 1884. — Marie T..., 27 ans, fleuriste.

Primipare. Syphilis datant de 3 ans, soignée chez le professeur Fournier pendant 1 mois.

Soignée encore en novembre 1883 avant sa grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant vivant pesant 1.620 grammes qui meurt le lendemain.

10 juillet 1884. — Marie M..., femme C..., 23 ans, couturière.

Secondipare. En juillet 1883, deux mois avant d'accoucher, elle contracte la syphilis. Aucun traitement.

Accouchement avant terme, enfant mort.

Deux mois après, nouvelle grossesse (actuelle). Accouchement près du terme : enfant pesant 1.075 grammes a respiré un quart d'heure. Placenta épais et très friable. Cordon infiltré, liquide abondant.

L'autopsie de l'enfant révèle l'existence de gommes du foie.

12 juillet 1884. — Emilie J..., femme M..., 38 ans, ménagère.

Multipare. 3 accouchements à terme.

Syphilis contractée d'un nourrisson. Chancre à la lèvre inférieure en octobre 1882 étant enceinte de 6 mois. Accouchement à terme : l'enfant vit 5 mois et meurt syphilitique. Traitement suivi pendant cette grossesse par la mère.

Grossesse actuelle. Accouchement prématuré à 8 mois. Enfant, 1.895 grammes, mort et macéré.

Placenta épais, blanchâtre, cordon infiltré, très friable.

24 juillet 1884. — Alphonsine L..., 21 ans, posticheuse.

Syphilis en septembre 1881 étant enceinte de 4 mois. Séjour de 5 semaines en deux fois à Lourcine. Accouchement : enfant mort et macéré. Grossesse actuelle sans traitement. Accouchement prématuré 6e mois. Enfant mort et macéré pesant 1.990 grammes.

12 août 1884. — Félicie C..., 33 ans, domestique.

Multipare. 4 fausses couches ou accouchements prématurés depuis sa syphilis. Pas de traitement. 5e grossesse terminée à 8 mois par la naissance de 2 enfants, garçon et fille, l'un pesant 2.250 grammes et l'autre 1.950 grammes à la naissance; aucun d'eux ne présente des lésions syphilitiques apparentes, néanmoins à leur sortie du service, le 9e jour, le premier a diminué de 140 grammes et l'autre de 280 grammes.

5 septembre 1884. — Eugénie R..., femme B..., 27 ans, ouvrière.

Multipare. Mari syphilitique et alcoolique.

Syphilis dans les premières semaines du mariage. 2 accouchements ou avortements d'enfants macérés.

La 3e grossesse s'est terminée par la naissance d'un enfant qui n'a vécu que deux jours et qui présentait une imperforation de l'anus.

La 4e grossesse actuelle se termine par la naissance d'une enfant morte et macérée pesant 2.005 grammes.

La mère n'a suivi qu'un traitement de 3 mois lors de sa première grossesse.

8 septembre 1884. — Marie B..., 18 ans, riveuse.

Primipare. Quelques mois avant sa grossesse, apparition de plaques muqueuses. Pas de traitement. Avortement de 5 mois 1/2. Enfant morte et macérée.

10 décembre 1884. — Eugénie D..., 19 ans, couturière.

Primipare. Syphilis traitée et contractée six mois avant la grossesse pendant laquelle il n'est plus suivi de traitement. Accouchement prématuré, 8e mois, d'un enfant très macéré pesant 2.020 grammes.

2 janvier 1885. — Désirée F..., 19 ans, plumassière.

Primipare. Syphilis remontant à un an. Plaques muqueuses encore actuellement.

Pas de traitement.

Accouchement prématuré. Enfant mort et macéré pesant 1.930 grammes.

5 janvier 1885. — Hortense M..., 26 ans, couturière.

Multipare. Syphilis en 1881, un peu avant sa seconde grossesse qui, malgré un traitement au protoiodure d'Hg., se termine à 7 mois par la naissance d'un enfant mort et macéré.

Actuellement plus de manifestation syphilitique, accouchement à terme d'un enfant en bonne santé apparente, sans traces de lésions syphilitiques et pesant 3.560 grammes, qui est envoyé en nourrice.

5 janvier 1885. — Amélie P..., 25 ans, lingère.

Multipare. Syphilis contractée en même temps que sa 2e grossesse qui se termine à 6 mois 1/2 environ par la naissance d'un enfant mort. 3e grossesse actuelle. Accouchement prématuré à 5 mois d'un enfant mort pesant 250 grammes.

9 janvier 1885. — Joséphine R..., 25 ans, fleuriste.

Multipare. La syphilis paraît remonter au mois de janvier 1884. La malade présente actuellement des plaques muqueuses vulvaires et accouche à 6 mois d'un enfant mort et macéré pesant 1.410 grammes.

25 janvier 1885. — Louise P.., 20 ans, vernisseuse.

Multipare. Syphilis en 1881, soignée pendant 15 jours seulement à l'hôpital et pas depuis.

En avril 1883, accouchement prématuré : enfant macéré. Actuellement grossesse, au 7e mois accouchement prématuré, enfant macéré pesant 1.755 grammes.

4 février 1885. — Victorine L..., 20 ans, couturière.

En août 1882, apparition d'un chancre.

Pas de traitement.

En novembre 1883, avortement 4 mois 1/2.

La grossesse actuelle est à 8 mois et la malade accouche d'un enfant mort et macéré pesant 1.280 grammes.

16 mai 1885. — Albertine C..., 19 ans, blanchisseuse.

Primipare. Syphilis datant de 2 ans, soignée pendant 2 mois alors, mais pas soignée depuis.

Accouchement prématuré à 7 mois d'une enfant morte et macérée, pesant 1.565 grammes. Liquide amniotique abondant, verdâtre et nauséabond.

22 mai 1885. — Augustine G..., 31 ans, journalière.

Multipare. Première grossesse terminée par un accouchement à terme en 1881.

Syphilis contractée au 5e mois d'une seconde grossesse. Accouchement à terme d'un enfant qui meurt syphilitique à six semaines. Traitée pendant 2 mois de cette seconde grossesse.

Le père était syphilitique à cette même époque.

Pas de traitement pendant la grossesse actuelle qui se termine à 7 mois par la naissance d'une enfant morte et macérée pesant 1.785 grammes.

6 juin 1885. — Alexandrine V..., 19 ans, plumassière.

Primipare. Syphilis en 1881, soignée à Lourcine alors pendant 3 semaines, pas depuis.

Accouchement prématuré à 8 mois, d'une enfant vivante, mais syphilitique (pemphigus), qui pèse 2.200 grammes et qui meurt au bout de 8 jours.

8 juin 1885. — Joséphine J..., 27 ans, journalière.

Multipare. Début de la syphilis ignoré; mari syphilitique, actuellement en traitement à l'hôpital et depuis un mois environ. Elle présente des plaques muqueuses vulvaires et anales. Pas de traitement.

Accouchement prématuré, enfant morte et macérée, 1.400 gr.

20 juin 1885. — Marie M..., couturière.

Multipare. 3 enfants sains nés avant la syphilis qui date de

deux ans et a été soignée à la consultation de Saint-Louis par des pilules et de l'iodure de potassium.

Depuis le début de la syphilis, amnésie et changement de caractère devenu maussade et triste.

Accouchement à terme d'un enfant vivant et sans lésions qui, 6 mois plus tard, n'a présenté ni éruption, ni lésions et paraît tout à fait sain.

4 octobre 1885. — Victorine B..., 26 ans, bijoutière.

Primipare. Syphilis à début inaperçu, éruption secondaire peu après le début de la grossesse. Le mari est également syphilitique depuis 1876. (Traitement non mentionné.)

Accouchement prématuré vers le 7e mois d'une enfant en bon état et sans lésions appréciables, pesant 1.568 grammes. Liquide abondant.

25 octobre 1885. — Ernestine C..., 20 ans, brunisseuse.

Multipare. Syphilis débutant avec sa première grossesse en 1884, soignée pendant les deux derniers mois, mais plus depuis.

Accouchement à 7 mois d'un enfant mort à 8 jours.

Actuellement plaques muqueuses anales.

2e accouchement à 7 mois d'un enfant très faible pesant 2.120 grammes et syphilitique (pemphigus, coryza), qui meurt 12 heures après sa naissance.

31 octobre 1885. — Pauline B. ., 37 ans, passementière.

Multipare. Un accouchement à terme et vivant, en 1870. Syphilis en 1882. Traitement par le sirop de Gibert à cette époque, mais pas depuis. En 1884, accouchement avant terme à 7 mois 1|2.

La grossesse actuelle, la 3e, se termine à 8 mois par la naissance d'un enfant vivant et sans lésions apparentes, qui pèse 2.670 grammes, en naissant et 2.470 grammes huit jours plus tard à sa sortie de l'hôpital.

6 novembre 1885. — Merie P..., 21 ans, brunisseuse.

Multipare. 1 enfant, en 1881, à terme et vivant. Syphilis

inaperçue n'ayant laissé aucune trace. Pas de traitement. Pas de renseignements sur le père qui n'est pas le même qu'en 1881.

Accouchement prématuré à 7 mois 1|2 d'un enfant faible et syphilitique qui ne vit que 12 heures.

Autopsie : gommes du poumon.

Foie volumineux pesant 135 grammes.

12 novembre 1885. — Amanda B..., 30 ans, domestique.

Multipare. Syphilis en juillet 1882, soignée pendant 6 mois dans le service du professeur Fournier.

1er accouchement à terme en 1884, l'enfant est mort à 21 jours. Actuellement plaques muqueuses vulvaires.

Grossesse à terme. Accouchement d'une fille née en bon état et sans lésion apparente, du poids de 2.935 grammes et qui, à sa sortie le 9e jour, a augmenté de 95 grammes.

14 décembre 1885. — Magdeleine, femme M..., 22 ans, mécanicienne.

Multipare. Mariée à 17 ans, elle fait 15 mois après un avortement de 3 mois attribué à une chute qu'elle fit d'un 2e étage.

Elle accouche, en 1880, d'un enfant vivant et à terme, et en 1881, de deux enfants vivants et à terme.

En mai 1882, syphilis, plaques muqueuses, alopécie, etc.

Traitement de 6 mois à Saint-Louis pendant une 4e grossesse terminée par la naissance d'un enfant mort-né. Elle cesse le traitement.

En 1885, nouvelle grossesse qui se termine aujourd'hui par un accouchement prématuré dans le 7e mois d'une enfant morte et macérée, pesant 940 grammes.

17 décembre 1885. — Emilie D..., 21 ans, ouvrière en jouets d'enfants.

Multipare. Traitée, en 1882, pendant 4 mois à Lourcine pour des plaques muqueuses.

Traitement continué 6 mois encore après sa sortie pendant sa 1re grossesse qui se termine à 6 mois par la naissance d'un enfant mort.

2e accouchement prématuré à 7 mois, en 1883, l'enfant meurt.

3e grossesse actuelle. Accouchement à terme d'une enfant, née sans aucune lésion, en très bon état, pesant 3.620 grammes et qui a augmenté de 100 grammes le 9e jour à sa sortie. La mère ni l'enfant ne présentent actuellement de lésions.

22 décembre 1885. — Fernande F..., 18 ans, couturière.

Primipare. Syphilis en 1883. Traitement suivi par intermittence. En juillet 1885, elle devient enceinte et accouche prématurément au 6e mois d'une enfant morte et macérée.

Le père est également syphilitique.

Le placenta est altéré, pâle, avec des dégénérescences graisseuses.

22 février 1886. — Jeanne P..., 21 ans, domestique.

Primipare. Syphilis datant d'un an, soignée alors par des pilules. Actuellement plaques muqueuses.

Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant pesant 2.310 grammes sans lésions apparentes, mais qui, à sa sortie le 9e jour, a diminué de 300 grammes.

28 février 1886. — L..., femme M..., 36 ans, polisseuse.

Multipare. 3 enfants à terme d'un premier mari. Du deuxième mari, une fausse couche de 2 mois, une de 6 mois après laquelle apparaissent des boutons aux parties. Céphalie, alopécie.

Actuellement syphilide cutanée à la face interne des cuisses. 3e avortement à 7 mois 1|2. Enfant mort macéré pesant 2.215 grammes.

24 août 1886. — Fanny G..., 23 ans, blanchisseuse.

Secondipare. Syphilis, il y a 2 ans, au début de sa 1re grossesse, soignée sans interruption, service Guibout, du 4e mois jusqu'à la fin (2 pil. protoHg. par jour). Accouchement à 8 mois d'un enfant sans lésions apparentes, mort en nourrice à 2 mois. Depuis, ni accidènts, ni traitement.

2e grossesse actuelle à terme. Enfant vivant sans lésions, pesant 2.800 grammes et diminué de 30 grammes seulement le 2 septembre, à sa sortie de l'hôpital.

31 octobre 1886. — M..., 36 ans, boutonnière.

2 accouchements à terme avant la syphilis.

Syphilis il y a 10 ans. Le mari est également syphilitique.

Depuis lors, 3 grossesses du même père. Pas de traitement.

La 1re, 5 ans après. Accouchement prématuré à 6 mois.

La 2e, 8 ans après. — — à 7 mois 1|2.

La 3e actuelle, 10 ans après. Accouchement prématuré à 6 mois.

Enfant morte et macérée, 1.050 grammes.

Depuis sa syphilis, la santé de la mère est devenue mauvaise.

12 novembre 1886. — Reine D..., 28 ans, fabrique des articles de pêche.

Secondipare. Strumeuse. En 1874, à l'âge de 16 ans, syphilis traitée alors par la liqueur de van Swieten. En 1875, fausse couche de 5 mois. En 1879-1881 et 1884, séjour de quelques mois à l'hôpital pour différents accidents spécifiques dont des gommes autour du genou. Depuis 1884, aucun traitement. Elle accouche à terme d'un enfant qui pèse 2.870 grammes, et ne présente aucune manifestation spécifique. Il n'est pas du même père que le premier fœtus.

13 jours après sa naissance, le 25 novembre, à sa sortie de l'hôpital, il a augmenté de 470 grammes.

14 janvier 1887. — Louise E..., 28 ans, couturière.

Multipare. 2 grossesses à terme avant sa syphilis survenue en novembre 1884. Entrée pendant 6 semaines, en mars 1885, à Saint-Louis, service Guibout, elle est traitée au protoiodure. Aucun traitement depuis.

Accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort et macéré, pesant 1.620 grammes

2 février 1887. — Céline G..., 23 ans, cuisinière.

Primipare. Syphilis datant d'un an, soignée à plusieurs reprises à Saint-Louis.

Accouchement presque à terme, enfant morte et macérée, pesant 2.320 grammes.

22 février 1887. — C..., 26 ans, domestique.

Primipare. Syphilis un mois avant la conception, soignée pendant 10 jours seulement à Saint-Louis.

Accouchement prématuré à 6 mois. Enfant morte et macérée, pesant 800 grammes.

1er mars 1887. — Catherine B..., 19 ans, allumettière.

Primipare. Chancre il y a 4 ans, soigné pendant 15 jours seulement, mais non depuis. En novembre 1886, plaques muqueuses vulvaires non traitées.

Accouchement prématuré. Enfant morte et macérée, pesant 1.730 grammes.

28 mars 1887. — L..., 20 ans, blanchisseuse.

Syphilis en 1885, soignée à Lourcine pendant 2 mois pendant une première grossesse. Sortie de l'hôpital, elle ne continue pas le traitement. En mai 1886, elle accouche à 6 mois d'un enfant sans lésion, mais qui ne vit que 5 minutes.

Le 14 juillet suivant, elle redevient enceinte et accouche actuellement à 8 mois d'une enfant vivante, sans lésion, pesant 2.390 grammes. On la met dans la couveuse et à la sortie, elle a augmenté de 10 grammes.

1er avril 1887. — C..., femme D..., 30 ans, brodeuse.

Multipare. Le début de la syphilis est difficile à préciser. En 1878, son 3e enfant meurt au bout de 4 mois « ayant comme « des cloques sur tout le corps ». Etant enceinte de 4 mois, la mère avait eu des rougeurs aux parties qui étaient enflées et saignaient facilement.

Un 4e et 5e enfant viennent à terme en 1881 et 1882.

Pendant sa dernière grossesse actuelle elle a eu des boutons aux parties, des enflures et son mari une éruption sur le corps et des maux de gorge. Ils n'ont suivi de traitement ni l'un ni l'autre.

Elle présente actuellement des plaques muqueuses à la gorge et à la vulve.

Accouchement prématuré. Enfant morte et macérée.

29 avril 1887. — G..., 23 ans, domestique.

En mars 1886, s'est aperçue de boutons aux parties. Pilules de protoiodure de mercure pendant 2 mois. Taches sur le corps.

Enceinte en juillet, ne suit aucun traitement pendant sa grossesse et accouche à terme d'un enfant vivant, pesant 7 livres qui revu un peu plus tard a augmenté de poids, et ne présente aucune lésion. Le père de l'enfant n'est pas syphilitique.

9 juin 1887. — Adeline N..., 18 ans, passementière.

Primipare. Syphilis il y a 3 ans, traitée seulement à l'hôpital pendant 3 mois. Plaques muqueuses à nouveau, il y a un an, soignée à Lourcine pendant 3 semaines.

Pas d'accidents, ni de traitement depuis lors. Avortement au 5e mois : l'enfant a respiré quelques minutes.

25 juin 1887. — D..., femme B..., 26 ans, couturière.

Secondipare. 3 mois après son premier accouchement à terme, en 1883, chancre : soignée à Lourcine pendant 3 mois. Traitement abandonné à sa sortie.

Depuis sa grossesse, syphilides aux jambes non traitées.

Accouchement à terme : gros enfant pesant 3.930 grammes sans trace apparente de syphilis. A sa sortie, le 4 juillet, il a diminué de 80 grammes.

11 juillet 1887. — Georgette B..., 19 ans, blanchisseuse.

Primipare. Syphilis en avril 1886, soignée seulement en octobre pendant un mois à Saint-Louis au protoiodure, alors qu'elle était déjà enceinte de 3 mois. Plus de traitement depuis lors. Plaques muqueuses.

Accouchement prématuré à 6 mois, enfant mort et macéré de 870 grammes. Présentation de l'épaule droite C. I. D. A. Version spontanée. Travail 28 heures.

20 juillet 1887. — Georgine C..., 26 ans, mécanicienne.

Multipare. Mari syphilitique.

Syphilis contractée en 1886 peu de temps avant le début de sa première grossesse terminée à 6 mois par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, s'est soignée pendant un an.

Pendant sa 2e grossesse, un mois seulement de traitement au 3e mois.

Accouchement prématuré à 7 mois. Enfant de 1.620 grammes, morte et macérée.

Sur ces 54 observations de femmes dont la syphilis est antérieure à la grossesse

30 sont accouchées prématurément d'enfants morts,
6 — d'enfants vivants,
3 — d'enfants vivants morts ensuite syphilitiques.
2 sont accouchées à terme d'enfants morts,
2 — d'enfants syphilit. vivants,
10 — d'enfants sains,
1 a mis au monde un enfant sain en apparence et à terme mais mort au bout de peu de jours.

Ce qui nous donne un total de 39 accouchements prématurés ou avortements sur 54 accouchements, soit une moyenne de 71 0/0.

La mère devient syphilitique en même temps qu'enceinte ou après la conception.

Si la mère devient enceinte en même temps qu'elle contracte la syphilis nous pouvons facilement encore prévoir ce qu'il adviendra du produit de la conception;

elle avortera d'un enfant mort et probablement macéré ou bien elle accouchera d'un enfant qui aura les plus grandes chances d'hériter de sa mère de la syphilis.

Il est vrai que, dans ce cas, il est difficile d'établir la part précise qui revient à la mère dans la contamination de l'enfant puisque le père est lui aussi syphilitique. Le produit de la conception a donc contre lui deux mauvaises chances et son infection est presque fatale comme nous le verrons lorsque nous étudierons le cas où le père et la mère sont syphilitiques.

Si la mère devient syphilitique dans les premiers mois de sa grossesse, là encore elle infectera le produit de la conception. En effet, de même que les matériaux nutritifs, les matériaux morbides virulents peuvent traverser le placenta, soit dans la direction de la mère au fœtus, soit dans celle du fœtus à la mère.

De même que la présence d'un fœtus syphilitique dans le sein de sa mère peut infecter le fœtus comme nous l'avons vu en parlant de l'influence paternelle, de même aussi le fœtus peut être infecté par une mère syphilitique. C'est ce que prouvent une quantité innombrable de faits absolument démonstratifs et qui établissent bien nettement la transmission par la mère au fœtus d'une syphilis acquise pendant la gestation.

L'influence maternelle n'est cependant pas fatale et, depuis Bertin et les médecins de l'hospice de Vaugirard, nombre d'accoucheurs ont cité des cas de femmes en pleine période secondaire qui ont mis au monde des enfants ne présentant aucune trace d'accidents vénériens au moment de l'accouchement, et qui ultérieure-

ment sont restés absolument indemnes (Blaise). On trouvera également dans nos observations quelques faits du même genre.

Une question intéressante est de savoir si une femme contaminée pendant la grossesse est également propre à transmettre le virus au produit de la conception quelle que soit l'époque de sa grossesse où elle a contracté la syphilis.

Nous pouvons répondre affirmativement; néanmoins comme nous le verrons plus loin l'enfant a d'autant plus de chances d'être préservé de la contamination que la mère est elle-même infectée à une période plus avancée de sa grossesse. En effet, voyons les différentes phases par lesquelles passe l'œuf depuis le moment de la conception jusqu'au jour de l'accouchement :

Dans une première période, l'œuf récemment formé baigne dans des liquides qui le pénètrent et le nourrissent : ces liquides sont un véhicule de choix pour le virus.

La seconde période est celle de la vésicule ombilicale où le fœtus se nourrit du contenu de cette vésicule.

Vient ensuite la période de la circulation allantoïdienne où les villosités choriales se mettant en rapport avec les parois utérines, les chances de salut pour un fœtus dont la mère vient de contracter la syphilis sont bien restreintes, étant donnée la connexion intime des deux organismes maternel et fœtal.

Enfin vient la période de la circulation placentaire où, malgré sa vie beaucoup plus indépendante, le fœtus a encore des chances d'être atteint par le virus traver-

sant le placenta, qui n'est pas un obstacle infranchissable. Toutefois le fœtus a plus de chances à cette période qu'aux précédentes de ne pas contracter la maladie constitutionnelle de la mère.

Ce qui revient à dire, comme nous le verrons plus longuement dans le paragraphe suivant, que la transmission dans les derniers mois de l'infection de la mère à l'enfant est moins fréquente.

L'influence de la mère est donc variable suivant qu'elle contracte la syphilis plus ou moins tôt.

Observations de syphilis contractée pendant la grossesse au début ou dans la première moitié.

31 mai 1883. — C..., femme W., 19 ans, blanchisseuse. Primipare.

Mariée le 8 octobre 1882, s'aperçoit en janvier 1883 d'un bouton diagnostiqué chancre induré par M. Lallier. Traitement de six semaines à l'hôpital, continué ensuite. Enfant mo t vers le 5e mois. Accouchement prématuré à 7 mois 1[2.

3 octobre. — Joséphine P..., 25 ans, couturière.

Secondipare. Premier accouchement à terme, février 1882. Syphilis contractée vers le 4e mois. Plaques muqueuses vulvaires. Accouchement prématuré au 7e mois. Enfant mort et macéré pesant 2690 gr., cordon infiltré. Liquide amniotique noirâtre.

29 août. — Marie B..., 16 ans, modiste. Primipare.

Syphilis au début de la grossesse. Enfant mâle mort et macéré pesant 1220 gr.

Accouchement prématuré au 7e mois.

Cordon et placenta infiltrés. Liquide amniotique verdâtre.

27 janvier 1884. — Elisa V..., 21 ans, corsetière.
Primipare. Syphilis au début de la grossesse.
Accouchement prématuré au 6ᵉ mois.
Enfant mâle pesant 390 gr. mort et macéré.

18 mars. — Marie G..., 21 ans, couturière.
Primipare. Syphilis au début de la grossesse.
Accouchement prématuré à 6 mois d'une enfant chétive pesant 1500 grammes sans lésions apparentes mais qui meurt le lendemain.

6 mai. — Marie C..., 20 ans, domestique.
Primipare. Syphilis contractée au début de la grossesse.
Accouchement prématuré au 8ᵉ mois d'une enfant pesant 1.630 grammes, morte et macérée.
Placenta épais, friable. Cordon infiltré.
Liquide amniotique chocolaté.

22 juillet. — Catherine S..., 19 ans, domestique.
Primipare. Syphilis au début de la grossesse.
Aucun traitement. Accouchement à terme.
Fille pesant 2.945 grammes, vivante, en bon état et sans lésion.

26 août. — Clémence L..., 22 ans, blanchisseuse.
Multipare. Syphilis dans le cours de la grossesse.
Accouchement prematuré au 7ᵉ mois.
Enfant mâle, mort et macéré, pesant 1.950 grammes.

7 septembre. — Marie D..., 27 ans, couturière.
Primipare. Syphilis au début de la grossesse. Pas de traitement.
Accouchement prématuré au 8ᵉ mois.
Enfant féminin pesant 1.760 grammes, morte et macérée.
Placenta très friable. Cordon infiltré. Liquide noirâtre.

Le 19. — Marie R..., 26 ans, sans profession.
Multipare. Syphilis au début de la grossesse.

Accouchement à terme.

Fille pesant 2.405 grammes morte et macérée.

19 octobre. — Eugénie L..., 18 ans, ouvrière.

Primipare. Syphilis contractée vers le milieu de la grossesse.

Accouchement prématuré. Pas de traitement.

Fille vivante faible, pesant 2 050 grammes, qui a diminué de 50 grammes 8 jours après sa naissance.

Placenta à noyaux indurés, gros comme un pois, à une noisette,de consistance caséenne. Liquide abondant.

4 novembre. — Rosalie B..., 24 ans, mécanicienne.

Multipare. 2 accouchements antérieurs à terme.

Syphilis au début de la grossesse.

Accouchement prématuré au 8e mois.

Enfant (fille), pesant 1.805 grammes, morte et macérée.

Placenta altéré, hypertrophie des villosités. Liquide amniotique rouge.

Le 19. — Joséphine P..., 28 ans, domestique.

Syphilis au début de la grossesse.

Accouchement prématuré au 8e mois.

Enfant mâle, pesant 2.000 grammes, mort et macéré.

Cordon infiltré et œdémateux. Liquide décomposé. Membranes verdâtres, caduque épaissie.

3 décembre. — G..., femme L..., 26 ans, tourneuse.

1 avortement de 3 mois en 1883 de cause inconnue.

Syphilis dans les premiers mois de la grossesse.

Accouchement prématuré au 7e mois.

Fille morte et macérée, pesant 1.410 grammes.

Cordon infiltré. Liquide rougeâtre.

Le 4. — Catherine J..., 22 ans, ménagère.

Primipare. Syphilis vers le 4e mois de la grossesse. Pas de traitement.

Accouchement à terme d'une fille pesant 2.575 grammes,

vivante et en bon état, sans lésions apparentes mais qui meurt 13 jours après. (Pas d'autopsie.)

Le 15. — Jeanne-Marie C..., 25 ans, domestique.

Primipare. Syphilis débutant en même temps que la grossesse.

Avortement au 5ᵉ mois, fille macérée pesant 1.010 grammes.

Liquide amniotique rougeâtre.

10 Mars 1885. — Eugénie S..., 20 ans, boutonnière. Multipare. (2 accouchements antérieurs à terme). Syphilis au début de la grossesse.

Accouchement prématuré au 7ᵉ mois.

Fille morte et macérée du poids 1390 grammes.

Placenta de 560 grammes gros, friable ayant bien l'aspect d'un placenta syphilitique. Cordon infiltré.

5 Mai. — Gabrielle S..., 18 ans, domestique. Primipare. Syphilis au commencement de la grossesse.

Aucun traitement.

Accouchement prématuré à 6 mois.

Fille 1185 gr. morte et macérée.

Cordon infiltré.

21 juillet. — Amélie L..., 23 ans, cartonnière. Primipare. Aucun traitement.

Syphilis contractée dans le 1ᵉʳ mois de la grossesse, accouchement prématuré à 7 mois.

Masculin 2310 gr. mort et macéré, liquide rouge.

Le 24. — Thérèse L..., 22 ans, domestique. Multipare, 1 accouchement à terme.

Syphilis dans le premier mois de la grossesse, accouchement prématuré à 6 mois 1/2.

Enfant 1500 grammes, mort et macéré.

Placenta œdématié, membranes friables, liquide noirâtre.

4 Août. — Rose L..., 22 ans, doreuse. Multipare, syphilis au début de la grossesse, accouchement prématuré à 8 mois.

Masculin pesant 2530 grammes, mort et macéré présentant des bulles de pemphigus sous la plante de deux pieds.

Le 9. — Reine S..., 25 ans, lingère. Multipare. Syphilis au début de la grossesse.

Avortement à 4 mois 1/2.

Fœtus F. pesant 230 grammes, a respiré 15 minutes.

Placenta d'aspect blanchâtre; une portion est infiltrée de sang.

Le 28. — Jeanne D..., 24 ans, blanchisseuse. Primipare. Syphilis au début de le grossesse.

Avortement à 4 mois 1/2.

Fœtus féminin, macéré pesant 280 grammes.

Placenta grisâtre, cordon infiltré.

19 Septembre. — Marie D..., 25 ans, passementière. Multipare. Syphilis dans les premiers mois de la grossesse.

Avortement au 5e mois environ.

Masculin 815 grammes, très faible, sans lésion extérieure, mais meurt immédiatement.

A l'autopsie, aucune lésion spéciale aux poumons ni au foie.

Placenta friable et œdématié se déchirant facilement, pas de dégénérescence graisseuse ni fibreuse.

22 Octobre 1885. — Marie P..., femme P..., 19 ans, lingère. Primipare. Syphilis au 4e mois 1/2 de la grossesse, alors que les mouvements actifs du fœtus étaient déjà perçus. Pas de traitement.

Accouchement à terme, enfant morte pesant 2845 gr. sans lésions syphilitiques.

Autopsie : foie et rate sans lésions.

4 Décembre. — Louise P..., 20 ans, brunisseuse. Multipare. Syphilis apparut dans les premiers mois de la grossesse.

Pas de traitement. Accouchement prématuré au 7e mois.

Fille macérée 380 gr. Autopsie négative, cordon macéré.

Le 5. — Jeanne C.., 25 ans, domestique syphilis au début de la grossesse.

Le 15 novembre la malade est enceinte de 4 mois, on entend les bruits du cœur fœtal. Douleurs arrêtées par laudanum.

Le 1er décembre réapparition des douleurs. Perte sanglante nauséabonde. Sensation de poids très pénible dans le ventre. Montée de lait. Douleurs arrêtées par laudanum.

Le 4 décembre on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

La malade sort non accouchée le 5 décembre.

Le 15. — Louise M.., 22 ans, chapelière. Multipare Syphilis survenue dans les premiers mois de la grossesse. Pas de traitement.

Accouchement à terme d'un enfant mâle vivant, sans aucune lésion apparente en excellent état, pesant 3450 grammes et qui à sa sortie le 23 décembre est resté sain et a augmenté de 160 grammes.

Le 22. — Élisa C..., 24 ans, ménagère. Primipare. Syphilis contractée vers le 4e mois.

Accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Fille morte et macérée 2820 grammes.

Autopsie négative du fœtus : placenta blanchâtre.

Le 23. — Virginie L...., 20 ans, domestique. Primipare Syphilis acquise dans les premiers mois de la grossesse, accouchement prématuré au 7e mois.

Enfant mâle mort et macéré du poids de 1720 grammes.

Autopsie de l'enfant. — Ascite, congestion des vaissaux du mésentère. Rate dure à la coupe pesant 10 grammes.

Ecchymoses sous-pleurales nombreuses.

Placenta blanchâtre et mollasse.

18 février 1886. — Georgina C..., 54 ans, fleuriste. Primipare. Syphilis débutant avec la grossesse.

Accouchement prématuré au 7e mois d'un enfant mâle mort et macéré pesant 585 grammes.

Le placenta, petit, présente sur la face utérine des points blanchâtres autour desquels on voit des travées épaisses de la même couleur.

4 Mars. — Marie V..., 34 ans, lingère. Multipare, 6 accouchements antérieurs à terme. Syphilis coïncidant avec la grossesse.

Le mari aurait eu à cette époque un mal vénérien.

Avortement au 5e mois d'un enfant du sexe féminin mort et macéré.

22 juillet. — Mathilde P..., 20 ans, découpeuse. Secondipare. Syphilis dans les premiers mois de la grossesse. Au 5e mois, traitement d'un mois.

Accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant mort et macéré pesant 1220 grammes.

23 Février 1887. — Anna S..., 22 ans, boutonnière. Primipare. Traitement pendant 8 jours de la syphilis qui a coïncidé avec la grossesse.

Accouchement prématuré au 8e mois d'une enfant morte et macérée pesant 1500 grammes.

20 Mars. — H. femme D..., 36 ans, ménagère. Multipare, 2 accouchements antérieurs à terme.

Syphilis au cours de la grossesse.

Accouchement prématuré au 8e mois d'un enfant mort et macéré sans lésions cutanées et pesant 3110 grammes.

7 Mai. — F..., 20 ans, journalière. Primipare. Syphilis au début de la grossesse.

Accouchement prématuré à 6 mois, enfant morte et macérée pesant 870 grammes.

27 juin 1883. — Léonie V..., 25 ans, domestique.

Secondipare. 1 avortement en 1878, à 7 mois, de cause inconnue.

Accidents syphilitiques survenus au 2e mois, de la grossesse actuelle.

Il n'est fait aucune mention de traitement.

Accouchement à terme. Enfant vivant, sans lésions, pesant 3.090 grammes, mais ne pesant plus que 2.700 grammes à sa sortie de l'hôpital le 9e jour.

Liquide amniotique abondant.

9 novembre. — Émilie L..., 18 ans, tourneuse en cuivre.

Primipare de constitution chétive.

Syphilis dans les premiers mois de la grossesse. Traitement nul.

Accouchement à terme d'un garçon vivant, pesant 2.210 gr. ne portant sur le corps aucune trace de lésions syphilitiques.

Enfant parti en nourrice le 2e jour.

28 mai 1885. — Juliette P..., 17 ans, fleuriste.

Primipare. Syphilis vers le 2e mois de la grossesse. Il n'est pas fait mention de traitement.

Accouchement à terme d'une fille en bon état, sans lésions apparentes, pesant 3.725 grammes, qui le 9e jour à sa sortie de l'hôpital n'a diminué que de 30 grammes.

Sur ces 39 observations de femmes chez lesquelles la syphilis a coïncidé avec la grossesse ou qui ont contracté cette affection dans les premiers mois de la grossesse nous trouvons :

5 avortements.

24 accouchements prématurés de 6 à 8 mois d'enfants morts et macérés,

1 accouchement prématuré d'un enfant faible,

6 accouchements à terme d'enfants vivants et sans lésions dont un meurt 13 jours après,

2 accouchements à terme d'enfants morts,

1 femme partie non accouchée mais portant un fœtus mort.

Les femmes qui font les sujets de ces observations n'ont pour la plupart suivi aucun traitement, ou des traitements d'une durée insignifiante :

32 sont accouchées prématurément ou à terme d'enfants morts,

1 est accouchée prématurément d'une enfant faible qui avait maigri de 50 gr. à sa sortie et sur l'avenir de laquelle il est difficile de se prononcer,

5 enfin ont mis au monde à terme des enfants absolument sains pesant les uns près de 6 livres et les autres près de 8 livres, bien qu'elles n'aient suivi aucun traitement.

Total : sur 39 accouchements, 30 accouchements prématurés ou avortements ce qui donne une moyenne de 78 0/0.

Syphilis acquise par la mère dans les derniers mois de la grossesse.

Nous avons vu comment se comportait la grossesse lorsque, la mère étant syphilitique, la maladie avait été contractée : 1° antérieurement à la grossesse; 2° en même temps ou au début de la grossesse; 3° dans le cours de la grossesse; nous avons pu voir à ces différentes époques à quels risques de contagion était exposé le produit de la conception; il nous reste, pour en avoir fini avec les cas de syphilis survenant pendant la grossesse, à examiner ce qu'il advient lorsque la femme n'acquiert la syphilis que dans les derniers mois de sa grossesse.

La question ne manque pas d'intérêt et voici de quelle manière elle doit être posée : nous nous trouvons en présence d'un homme parfaitement sain et d'une femme dans des conditions de santé tout à fait identiques : une grossesse survient, le fœtus qui se développe est donc lui aussi entièrement sain quand, un peu avant le moment où la grossesse va atteindre son terme, vers le 6e ou le 7e mois par exemple, la mère contracte la syphilis, que va-t-il advenir du fœtus?

Si nous consultons les auteurs qui se sont particulièrement occupés de cette question nous remarquons entre eux des divergences totales d'opinion : les uns admettant que, la syphilis survenant dans les derniers temps de la grossesse, peut laisser l'enfant indemne et citant à l'appui de ce fait un certain nombre d'observations, les autres affirmant que la syphilis à toute époque de la grossesse peut être pour le fœtus une source de contagion et appuyant leur opinion sur des observations concluantes.

La majorité semble néanmoins appartenir aux partisans de la non-transmission au fœtus de la syphilis acquise dans les derniers mois, Mauriceau, Basseran, Frank, Zeissl, Vadja ont établi que la syphilis faisait sentir son influence jusqu'au septième mois. Bertin qui, comme le dit Vidal dans sa thèse d'agrégation, observait à l'hôpital des vénériens où les femmes enceintes n'étaient admises qu'à une époque avancée de la grossesse et seulement lorsqu'elles présentaient des symptômes de syphilis, rapporte qu'un certain nombre de femmes en proie, au moment de l'accouchement, à des

accidents graves de cette maladie, mettaient au monde des enfants sains qui, par la suite, ne présentaient aucune manifestation diathésique.

Pour Bertin, plus le moment où la syphilis a été contractée est proche de celui de la conception, plus il y a de probabilités en faveur de l'hérédité ; l'infection héréditaire est d'autant moins à craindre que l'invasion de la syphilis chez la femme est plus rapprochée du moment de l'accouchement.

M. Parrot est d'avis que lorsque la syphilis survient après le 7[e] mois, non seulement l'accouchement se fait à terme mais encore que l'enfant est le plus souvent indemne de syphilis.

« Il y a plus de chances que l'expulsion prématurée ait lieu lorsque l'intoxication a précédé la grossesse que si elle est produite durant son cours. Rien n'est en effet plus redoutable que l'imprégnation de l'ovule par le virus. Plus le moment de la contamination se rapproche du terme de la grossesse, moins il y a de chances que l'avortement se produise. Il est très peu probable lorsque la femme est infectée au 5[e] mois. » (1).

Abernethy admet également que la femme dont la syphilis est postérieure au 6[e] mois n'infecte pas son produit.

Ricord s'exprime ainsi : « Jusqu'au sixième mois, la « mère peut transmettre une syphilis constitutionnelle « acquise pendant la gestation, mais si l'infection a

(1) Discours sur la contagion des accidents secondaires. (Acad. de médecine, 1852.)

« lieu pendant les trois derniers mois, il n'est pas sûr
« que la transmission soit possible. (1)

Chabalier dans une observation qui est rapportée dans la thèse de Legrand, Paris 1885, et qui paraît concluante, prolonge la limite de la transmission au fœtus jusqu'au commencement du huitième mois.

Legrand, rapportant à l'appui de son opinion des observations très intéressantes, conclut ainsi :

« Quant à nous, rejetant complètement l'opinion de
« Maudron et de Kassowitz, nous pensons pouvoir dé-
« montrer la possibilité de l'infection jusque dans le
« courant du huitième mois et par suite reculer la
« limite admise jusqu'à ce jour. »

Cullerier, poussant la possibilité de l'hérédité syphilitique encore plus loin, croit l'infection du fœtus possible pendant toute la durée de la grossesse et Œuvre est tellement convaincu qu'il va jusqu'à conseiller l'accouchement prématuré lorsque l'infection maternelle a lieu à une époque où le fœtus est viable.

Mireur (2) prétend que l'influence maternelle est fatale, soit que la syphilis ait été contractée avant ou pendant la conception, qu'elle date du premier ou du dernier mois de la grossesse.

A côté de ces dernières opinions peut-être un peu excessives s'en placent d'autres diamétralement opposées et d'un optimisme exagéré (3). Mandron et Kasso-

(1) Société médicale de Lyon, 24 février 1864.

(2) These, Paris 1867.

(3) Mandron, journal de Bruxelles.

witz, en effet, déclarent que la syphilis acquise par la mère pendant la grossesse ne saurait être transmise au fœtus.

MM. Natalis Guillot et Bois de Loury ont vu des femmes portant à l'époque de l'accouchement des accidents primitifs acquis dans les derniers temps de la grossesse donner le jour à des enfants chez lesquels aucune trace de syphilis ne s'est manifestée.

Pour M. Diday il résulte du dépouillement de 11 cas que jamais la syphilis contractée par la mère après le 7e mois révolu n'a été une cause de syphilis pour l'enfant (1).

« Il nous suffit, dit-il, d'indiquer le 4e mois comme le terme moyen au-delà duquel on peut voir survenir l'infection sans trop redouter l'avortement; au contraire le résultat est à peu près inévitable si le virus prend possession de l'organisme pendant les 3 premiers mois. »

Blaise, thèse d'agrégation : Après le 7e mois, non seulement l'accouchement survient ordinairement à terme mais encore l'enfant est le plus souvent indemne de syphilis.

Voici enfin ce que dit Tarnier résumant la question dans son traité d'accouchements :

« Quelques auteurs ont pensé que la transmission de la syphilis n'était plus possible à partir du 6e ou du 7e mois de la gestation. L'explication de ce fait serait pour Mangiagalli dans la durée de la seconde incuba-

(1) Syph. des nouveau-nés, 1854.

tion ou période de temps qui s'écoule entre l'accident primitif et l'apparition des manifestations générales. On devrait donc dire que le fœtus est indemne de la syphilis quand il naît dans la période de la seconde incubation. De là Mangiagalli conclut que pour éviter au fœtus d'être atteint de la syphilis, on pourrait être autorisé à provoquer l'accouchement prématuré pendant cette seconde incubation, lorsqu'on aurait des chances d'obtenir un enfant viable; mais la proposition du professeur italien n'est pas admissible car des faits rapportés par Hutchinson et Vadja ont montré que la mère, infectée même après le 7e mois, pouvait transmettre à l'enfant la syphilis héréditaire.

Plus récemment cette question de la transmissibilité de la syphilis par la mère au fœtus pendant la grossesse a été reprise par Newmann et les nouveaux faits qu'il a publiés sont très intéressants; en effet cet auteur ayant observé 20 femmes devenues syphilitiques pendant leur grossesse a vu 5 d'entr'elles donner le jour à des enfants syphilitiques tandis que les 15 autres nouveau-nés n'ont présenté aucun signe de syphilis, or, les mères des petits syphilitiques avaient été contaminées, deux au 4e mois, une au 3e, une au 7e et une au 8e mois de la grossesse; pour les femmes dont les enfants paraissaient indemnes, la contamination avait eu lieu à des époques variant entre le premier et le 8e mois. On peut juger par ces faits combien ces questions sont loin d'être définitivement résolues et combien il y a encore d'inconnues qui échappent à l'observation ».

Nous ne pouvons mieux terminer l'exposé des opi-

nions des différents auteurs, opinions d'ailleurs des plus variées, comme on a pu le voir, qu'en citant celle du professeur Fournier. L'éminent syphiligraphe de l'hôpital Saint-Louis la résume en deux lignes dans son livre si plein d'intérêt, *Syphilis et Mariage* :

« Plus la syphilis arrive tard dans le cours de la grossesse plus l'enfant a de chances pour échapper à l'infection. »

M. Fournier ne dit pas à telle ou telle époque de la grossesse la syphilis survenant chez la mère laissera l'enfant indemne : sachant trop bien qu'en médecine, plus encore qu'en toute autre science, les règles sont sujettes à des exceptions, il se garde bien d'émettre une affirmation hasardée et il se borne à constater que l'enfant dans telle ou telle condition aura plus ou moins de chances pour échapper à l'infection.

Il est, en effet, téméraire lorsqu'on voit la syphilis se comporter de tant de façons différentes, de prétendre établir des règles auxquelles elle devra toujours se soumettre. Qu'arrive-t-il lorsque une femme en pleine évolution mène de front une syphilis et une grossesse : souvent, le plus souvent même, la femme avorte, parfois elle accouche à terme d'un enfant mort ou syphilitique ; parfois aussi, et c'est, il est vrai, l'exception, elle accouche à terme d'un enfant sain en dehors de toute influence de traitement. Pourquoi les choses ne pourraient-elles pas se passer ainsi lorsque la syphilis survient à la fin de la grossesse ?

Parmi les auteurs, les uns en effet ont vu les enfants hériter dans ces conditions de la vérole, les autres, au

contraire, les ont vus naître indemnes de toute infection; tous les auteurs évidemment ont bien observé : parlant d'accidents syphilitiques survenus dans les derniers mois ils étaient absolument sûrs de l'âge de ces accidents et ne s'en sont pas laissé imposer. En conséquence et en présence de faits aussi contradictoires, il nous paraît impossible d'établir une limite à la transmission héréditaire de la syphilis. Peut-être le placenta peut-il être une barrière plus ou moins facile à franchir suivant les femmes chez lesquelles le virus fait irruption. Il n'y a pas dans le placenta de raison qui explique suffisamment qu'une femme contaminée au 6ᵉ ou au 7ᵉ mois ne puisse pas transmettre la syphilis à son produit aussi bien que si la syphilis était survenue chez elle un peu plus tôt.

Le temps nécessaire à l'incubation ne peut pas non plus être invoqué. Mangiagalli a vu réfuter sa théorie séduisante de prime abord.

Les causes de la fréquence plus grande de la préservation de l'enfant lorsque la syphilis survient dans les derniers mois de la grossesse dépendent peut-être des qualités mêmes du virus syphilitique. Ce n'est évidemment là qu'une pure hypothèse, mais ne pourrait-il pas présenter, au début de l'infection, un degré de virulence moindre que par la suite lorsqu'il aura pénétré profondément l'organisme maternel ou bien — puisque les expériences de Chamberland ont démontré que c'était la quantité du virus qui favorisait son passage à travers le placenta — peut-être à cette époque le virus n'est-il pas encore assez répandu dans l'organisme ma-

ternel. Ne pouvant pas actuellement expliquer les causes de la fréquence plus grande des préservations de l'enfant lorsque la syphilis fait son apparition chez la mère dans les derniers mois, bornons-nous à apporter quelques observations à l'appui de cette plus grande fréquence dans ces conditions.

Observations de syphilis survenues dans les derniers mois de la grosseose.

18 Février 1883. — Marie-Louise N.., 28 ans, cuisinière.

Secondipare. Syphilis survenue vers le 6e mois.

Traitement commencé au 7e mois.

Accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort, et macéré. Placenta altéré. Cordon infiltré.

8 Février. — Anna L..., 20 ans, cuisinière.

Primipare. Syphilis contractée vers le 6e mois.

Traitement suivi depuis le 7e mois.

Accouchement prématuré au 8e mois, fille morte et macérée, pesant 2170 gr.

27 Avril. — Jeanne S..., 24 ans, employée de commerce.

Primipare. Syphilis survenue vers la fin du 6e mois.

Accouchement à terme : fille sans lésions apparentes, pesant 3150 grammes mais diminuée de 255 grammes 6 jours après.

2 Septembre. — Maria L..., 26 ans, domestique.

Multipare. Syphilis contractée vers le 6e mois.

Accouchement à 8 mois 1/2 d'un garçon en bon état sans lésions apparentes pesant 2825 grammes, qui est pris d'ophtalmie purulente le 8e jour et a diminué de 300 grammes à 15 jours.

4 Octobre. — Gabrielle R.... 24 ans, blanchisseuse.

Multipare. Très anémique

Variole survenue au 7e mois.

Accouchement à 8 mois 1/2 d'une fille en bon état, sans lésions apparentes, pesant 2805 grammes à sa naissance et augmentée de 125 grammes en 15 jours.

16 Septembre 1884. — Eugénie F..., emballeuse.

Primipare. Syphilis dans les derniers mois de la grossesse 6e.

Accouchement à 8 mois 1/2, enfant vivant sans lésions apparentes, pesant 2125 grammes à sa naissance et augmenté de 90 grammes en 8 jours.

1er Avril 1885. - R. femme P..., 21 ans, domestique.

Primipare. Syphilis dans les derniers mois de la grossesse.

Accouchement à terme d'une fille sans lésions apparentes, pesant 2560 grammes, qui dix jours après, a diminué de 120 grammes.

14 Mai. — Victorine S..., 21 ans, couturière.

Primipare. Syphilis au début du 8e mois.

Accouchement à terme. Fille sans lésions apparentes pesant 220 grammes.

A 15 jours l'enfant a augmenté de 415 grammes.

15 Juin. — Marie A..., 18 ans, journalière.

Primipare. Pas de traitement suivi. Syphilis dans les derniers mois vers le 6e mois.

Accouchement prématuré à 8 mois d'une fille paraissant indemne et pesant 2145 grammes.

Le 17 juin, l'enfant est prise de conjonctivité double, le 23 juin elle a diminué de 205 grammes.

27 Juillet. — Rose E..., femme A..., 23 ans, blanchisseuse.

Multipare. Syphilis vers le 7e mois, traitée service Fournier.

Accouchement à terme. Fille sans lésions apparentes, pesant 2650 grammes et 2700 à huit jours.

29 Avril 1886. — Georgette R..., 27 ans, lingère.

Primipare. Pas de traitement.

Syphilis au début du 6e mois de la grossesse.

Accouchement à terme, fille sans lésions apparentes, pesant 2180 grammes à sa naissance, diminuée 50 grammes à 8 jours.

2 Juillet 1887. — Eugénie K..., 17 ans, couturière.

Syphilis vers le 7e mois, traitée service Fournier.

Accouchement à terme, enfant sans manifestation spécifique, mort à 25 jours de convulsions.

7 Janvier 1888. — Francine Tr.., domestique.

Primipare. Syphilis survenue au 7e mois (service Fournier, traitement).

Accouchement à terme : fille pesant 2120 à sa naissance et 2020 huit jours après.

31 Juillet 1885. — V..., femme C..., 30 ans, couturière.

Multipare. 8 accouchements antérieurs à terme.

Début de la syphilis au 8e mois de sa 9e grossesse.

Accouchement à terme d'un enfant vivant qui mourut de convulsions au bout de quelques mois, 10e grossesse non traitée, accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Fœtus mort et macéré 1988 grammes. Mari syphilitique, mort tuberculeux.

Observation, empruntée à Beaunis-Précis, théorique et pratique des maladies vénériennes. T. 1, p. 169.

Un homme ayant un chancre cohabite avec sa femme, enceinte alors de 7 mois et lui communique la syphilis. Malgré un long et énergique traitement, elle accoucha d'une fille, qui d'abord bien portante, prit 13 jours après sa naissance des pustules d'ecthymas vénériens aux fesses, aux joues, à la poitrine.

Sur 14 observations de femmes ayant contracté la syphilis dans les derniers mois de leur grossesse, nous voyons :

12 fois l'accouchement avoir lieu à terme ou près du terme et l'enfant naître sain du moins au moment de sa naissance.

Nos observations présentent un désidératum regrettable, c'est que les enfants une fois partis du service ne sont plus revus, à de rares exceptions près, et il n'est pas possible de savoir s'ils sont demeurés réellement sains.

2 fois enfin les femmes qui avaient contracté leur syphilis à 6 mois, ont accouché prématurément d'enfants morts et macérés malgré les traitements, ce qui nous donne une proportion de 14 0/0, chiffre qui mérite d'être pris en considération.

Le père et la mère sont syphilitiques.

Lorsque la mère seule est syphilitique l'avortement est presque de règle, lorsque c'est le père seul qui est syphilitique nous avons vu que l'accouchement prématuré était également fréquent. Si le père et la mère sont tous deux atteints de syphilis, si la maladie, en outre, est de date récente ou n'a pas été soigné et mitigée par le traitement, il est de toute évidence que, dans ce cas, se trouve le maximum de fréquence et de conditions favorables à la transmission du mal vénérien.

Les meilleures conditions pour l'hérédité se trouvent en effet réunies : à un ovule syphilitique vient s'adjoindre l'action d'un spermatozoïde entaché lui-même de syphilis, le tout se développant dans un milieu de même nature : il y a donc dans ce cas hérédité bi-

parentale à facteurs convergents, comme l'a dit M. le professeur Peter.

Ceci s'applique au cas où les parents sont dans les deux premières périodes de la syphilis; quant à la période tertiaire le fait est plus douteux.

Mais, même à la période secondaire tous deux, les parents ne procréent pas fatalement un enfant syphilitique : le fœtus a deux chances au lieu d'une d'être infecté, néanmoins il serait exagéré de dire qu'il a toutes les chances contre lui.

La conclusion serait trop absolue. Plus la vérole vieillit, plus la constitution des parents est robuste, mieux le traitement a été appliqué et plus les chances de préservation augmentent pour l'enfant.

Ainsi, dans un jeune ménage où le mari introduit la syphilis il est d'observation fréquente de voir les premières grossesses se terminer par l'avortement tandis qu'un peu après arrivent les naissances à terme d'enfants syphilitiques vers la fin de la période secondaire et à une période plus éloignée, au moment de l'évolution de la syphilis tertiaire, les naissances d'enfants sains. Néanmoins il ne faudrait pas croire que c'est là une règle générale : les exceptions en sont fort nombreuses; après des naissances d'enfants sains, des enfants syphilitiques peuvent survenir à nouveau sans qu'une explication bien nette puisse en être fournie.

L'influence du traitement joue un rôle capital dans la transmission de la syphilis. A l'aide d'un traitement convenablement dirigé l'un des parents peut, dans certains cas, dont il existe de nombreux exemples, anni-

hiler cette puissance de transmission et par ce moyen procréer pour ainsi dire à volonté des enfants sains et des enfants syphilitiques.

L'homme et la femme jouissant du même privilège à cet égard, on conçoit qu'un traitement spécifique suivi par les deux procréateurs puisse annihiler complètement ou temporairement leur influence nocive et leur permettre de mettre au monde des enfants sains.

Lorsque nous nous occuperons du traitement nous en trouverons des exemples.

Nous n'avons pu recueillir qu'un petit nombre d'observations dans lesquelles le père et la mère ont été reconnus syphilitiques, mais comme aucun doute ne saurait exister à ce sujet, ces observations ne présentent que très peu d'intérêt et nous n'avons pas cru devoir les séparer des autres observations parmi lesquelles elles se trouvent et que nous rapportons dans cette thèse.

CHAPITRE IV

Influence de la grossesse sur la syphilis.

Nous avons, dans les chapitres précédents, montré une fois de plus l'influence considérable qu'exerce la syphilis à ses diverses périodes sur la grossesse, nous allons maintenant étudier la question inverse et examiner l'influence que peut exercer la grossesse sur la syphilis.

Et tout d'abord, la grossesse exerce-t-elle une action quelconque sur la syphilis? Incontestablement. La question est depuis longtemps résolue et tous les auteurs sont d'accord à ce sujet.

La grossesse active la production des syphilides et est un véritable coup de fouet qui vient souvent réveiller d'une façon brusque et désagréable la diathèse assoupie.

En effet, il suffit pour s'en convaincre, comme le fait très justement remarquer Bourreau (1), de parcourir un service de syphilitiques. On est frappé du développement exagéré, de l'aspect pour ainsi dire florissant que prennent les plaques muqueuses de la vulve chez les femmes enceintes.

(1) Th. Paris 1879.

Il serait d'ailleurs bien surprenant, pour ne pas dire impossible, qu'il en fût autrement ; car la grossesse crée chez la femme même, en dehors de la diathèse syphilitique une prédisposition toute particulière aux productions épithéliales, aux efflorescences multiples. Les végétations vulvo-anales de la grossesse, masses souvent énormes, d'une couleur et d'un développement si exubérants, sont une preuve de la suractivité du travail qui se développe dans l'organisme à l'occasion de la grossesse. Si donc, en dehors de la syphilis, la grossesse prédispose les femmes à certaines productions cutanées, il n'y a rien de surprenant qu'elle occasionne l'apparition de manifestations syphilitiques. Il est d'ailleurs si fréquent de voir se produire ce fait que les végétations simples de la grossesse ont été autrefois considérées, comme étant toujours d'origine syphilitique.

Un seul auteur, Cullerier (1) neveu, signale la grossesse comme ayant une influence favorable sur les accidents de la vérole. Il s'exprime ainsi :

« Les accidenta syphilitiques sont en général moins « graves pendant le cours de la gestation.

« L'infection qui peut avoir lieu en même temps que « la conception reste quelquefois cachée pendant toute « la grossesse et ne se montre à découvert qu'après « l'accouchement ». Il ne parle pas de l'avortement qui est une manifestation de la syphilis qui a bien son importance.

Petit-Radel (2) affirme que les symptômes syphi-

(1) Journal de Médecine de clinique et de pharmacie 1817 p. 343.

(2) Cours des maladies syphilit. T. 11 p. 459 1819.

litiques, qui ne sont pas d'une grande gravité, disparaissent souvent d'eux-mêmes dans le cours de la grossesse mais c'est pour sévir avec plus d'intensité à un temps plus ou moins proche de l'accouchement.

Bertin est moins précis. « Les femmes enceintes et « les nourrices, dit-il, présentent en général les « mêmes symptômes que les adultes. L'état de gros- « sesse les modifie et les fait quelquefois disparaître « complètement. »

M. Chauffard (4) fait les réflexions suivantes sur une observation de syphilis grave : « le fait prouve d'une « manière invincible qu'un virus peut exister dans la « masse humorale et circuler pour ainsi dire avec le « sang sans produire de désordre appréciable jusqu'à « ce qu'une cause vienne le mettre en jeu et lui donner « la faculté de reparaître. »

Il n'était pas question de la grossesse dans cette observation, mais peu nous importe, dit Moret (5) auquel nous empruntons cet aperçu historique, c'est le fait d'une affection à l'état latent devenant extérieure sous une certaine influence que nous signalons.

A. Cazeneuve signale le travail de l'accouchement comme cause occasionnelle des éruptions syphilitiques.

Alph. Guérin expose la condition spéciale de la femme enceinte : « Pendant la grossesse, l'organisme « de la femme est profondément modifié. Sous l'influence

(3) Traité de maladies vénériennes chez les enfants etc... p. 63.
(4) Journal de Médecine T. 33 p. 342 1824.
(5) Thèse de Paris 1875.

« des nouvelles fonctions qui lui sont dévolues, il de-
« vient en quelque sorte réfractaire à l'absorption en
« vertu de laquelle certains états morbides disparais-
« sent. On dirait que l'état de gestation active les forces
« plastiques aux dépens de celles qui président à la
« décomposition; procréer et accroître un nouvel être
« semble être la seule tâche de la nature pendant neuf
« mois ». Il constate en outre que pendant le cours de la grossesse les plaques muqueuses se multiplient et s'accroissent en dépit du traitement général, tant que dure la grossesse; ou que si elles disparaissent pendant quelque temps elles ont une grande tendance à se reproduire non seulement aux parties génitales, mais à l'isthme du gosier, à la langue, aux lèvres; leur persistance indiquerait pour lui que le traitement n'a pas l'efficacité qu'il possède en dehors de la gestation.

M. Devilliers fils trace ainsi le tableau de la marche de l'affection syphilitique pendant la grossesse dans les conclusions suivantes :

1° La conception possède le pouvoir de provoquer, dans un grand nombre de cas, l'apparition en dehors de symptômes de syphilis restés latents depuis un espace de temps plus ou moins long.

2° L'état de gestation paraît activer plus souvent que retarder le développement ou la marche des accidents vénériens.

3° Ceux-ci éprouvent, pendant la grossesse, des oscillations assez fréquentes et ont de la tendance à reparaître surtout vers le sixième septième ou huitième mois.

4° Ils disparaissent en général spontanément et assez rapidement après la parturition.

Si la grossesse hâte le développement des accidents syphilitiques, elle prolonge encore leur durée c'est ainsi que, suivant M. le professeur Fournier, tandis que la durée des syphilides, hors l'état de gestion, est en moyenne de deux mois à deux mois et demi, elle est de trois mois à trois mois et demi pendant la grossesse.

La grossesse favorise le développement exagéré des plaques muqueuses aussi n'est-il pas rare de voir dans les services d'accouchement arriver de malheureuses femmes présentant d'énormes masses hypertrophiques qui encombrent l'orifice vulvaire et déforment les grandes lèvres. Sans parler des dangers que ces foyers d'infection syphilitique font courir à l'accoucheur obligé d'évoluer au milieu de ces écueils, ces lésions, qui ne peuvent avoir aucune influence sur la marche de la grossesse, peuvent devenir une gêne pendant l'accouchement.

En effet, les tissus œdématiés sont devenus inextensibles et extrêmement friables et se déchirent avec la plus grande facilité au moment du passage des parties fœtales comme l'a d'ailleurs parfaitement établi Budin dans sa thèse d'agrégation.

La grossesse est, d'autre part, l'occasion de l'apparition des accidents secondaires chez les femmes récemment infectées; Hunter, Nisbett, Swediaur, Biett, Cazenave, Gibert, Alibert, Rayer, Martins assurent qu'une syphilis qui a été latente pendant un temps plus ou moins long se traduit tout à coup par une éruption

à l'occasion d'une grossesse de l'accouchement ou de la cessation des règles.

Il est d'autre part d'observation courante de rencontrer des malades qui à chaque grossesse, voient survenir des plaques muqueuses ou des syphilides ou même ces deux variétés d'accidents à la fois.

« Parfois, mais c'est l'exception, la syphilis est chez la « femme enceinte ce qu'elle serait chez la femme en état « de vacuité. Malheureusement, dit M. le professeur Four- « nier, dont nous avons réservé pour la fin ce tableau « tracé de main de maître des accidents syphilitiques, « pendant la grossesse les choses sont loin de se passer « toujours ainsi et pour la plupart des femmes (je parle « ici surtout des femmes syphilitiques à la période secon- « daire et des malades non traitées ou insuffisamment trai- « tées) la grossesse est l'occasion d'une série de troubles et « d'accidents variés, plus ou moins sérieux, plus ou moins « graves ; localement d'abord, la grossesse prédispose la « région génitale à des poussées de syphilides muqueuses « qui prennent, je ne dirai pas une gravité, mais une « importance particulière, en raison même des conditions « physiologiques que confère la gestation à tout l'appa- « reil génital. L'état congestif anormal de la vulve est « pour ces accidents une cause d'appel et d'entretien, les « papules muqueuses, par exemple, ne se bornent pas à « être très communes chez les femmes enceintes, elles se « développent sur elles, avec une exubérance singulière, « prennent rapidement la forme bourgeonnante, végé- « tante, hypertrophique et arrivent souvent à constituer « de nombreuses tumeurs qui envahissent et déforment

« toute la vulve. De plus elles sont toujours rebelles, « bien plus rebelles que d'habitude et se résorbent plus « difficilement plus lentement qu'elle n'ont coutume de « le faire en toute autre circonstance.

« De même, et pour une raison identique, les syphi- « lides de forme ulcéreuse sont assez fréquentes chez « les femmes grosses livides, violacés, creuses et rendues « plus creuses encore par la turgescence vasculaire des « parties, elles persistent en général plus ou moins « longtemps et tendent souvent à progresser. On a « même parfois toutes les peines du monde à en obte- « nir la cicatrisation avant l'accouchement. »

Néanmoins H. Combes dans sa thèse sur les suites des couches chez les syphilitiques, a noté 38 fois sur 188 cas de femmes syphilitiques, l'amélioration et la guérison des accidents syphilitiques.

« En outre les conditions générales qu'importe la « grossesse dans l'organisme de la femme en puissance « de syphilis forment un apport singulièrement défa- « vorable à la diathèse. La grossesse assurément com- « plique la vérole. Elle la complique en lui ajoutant « son anémie propre, son influence débilitante, sa dispo- « sition aux névroses les troubles de nutrition. »

CHAPITRE V

De la syphilis héréditaire

La syphilis héréditaire, d'après la définition de M. Lancereaux, est la syphilis des parents continuée au produit de conception. Cette syphilis se distingue de la syphilis acquise après la naissance par l'absence des premières périodes de l'évolution ordinaire de la maladie, elle est la continuation de la syphilis des parents.

Nous reviendrons plus loin sur les manifestations de cette hérédité, mais auparavant, nous voulons dans une rapide esquisse historique passer en revue les auteurs qui se sont occupés de cette question de la syphilis héréditaire.

Les premiers qui ont étudié la syphilis étaient loin de supposer qu'elle pût être la cause de la mort chez le fœtus.

En effet, presque tous ceux qui ont alors considéré la syphilis chez les nouveau-nés demeuraient plus ou moins convaincus que les enfants contractaient cette maladie soit directement pendant l'accouchement c'est-à-dire au passage, soit après la naissance par l'allaitement.

Gaspard Torella croit que la contamination des enfants nouveau-nés a lieu par la nourrice qui peut avoir des lésions dans la bouche ou aux seins ou par toute autre personne.

Catanée (1505) croit à l'infection de l'enfant par une autre cause : par le lait d'une nourrice syphilitique même ne présentant plus aucun accident actuel et recommande de ne point confier de nourrisson à une femme qui aurait eu le mal français.

Georges Vella (1508) tout en admettant, comme ses prédécesseurs, la contamination directe, a comme une intuition de la syphilis héréditaire et se demande si la syphilis des nouveau-nés ne proviendrait pas de l'acte de la génération.

Conrad Rittérius qui, dans sa naïveté, adresse une ode à la Vierge pour la supplier d'arrêter l'envahissement de la vérole fait simplement mention de l'infection des nouveau-nés.

Paracelse (1529) le premier déclare l'hérédité de la syphilis et le premier il dit sans ambages : « fit morbus hereditarius et transit a patre ad filium. »

Après lui cette déclaration si catégorique tombe dans l'oubli et Nicolas Massa (1536) Antonius Gallus (1540) Théodosius (1547) et Brassavole (1453) semblent avoir perdu la notion de l'hérédité, n'en parlent que comme d'une éventualité à peine possible et en reviennent aux anciennes opinions de transmission directe.

Toutefois à l'école de Montpellier Auger Ferrier (1553) indique nettement que la contamination peut s'opérer dans le sein de la mère.

P. Haschardius (1554) émet l'opinion que la syphilis se transmet par l'acte de la génération d'où résulte l'infection du fœtus, mais en outre il lance une idée nouvelle : que la syphilis est plus grave lorsqu'elle vient de la mère.

Falloppe (1545) dit nettement que le virus exerce son influence sur l'enfant dès la vie intra-utérine, et qu'en outre il peut encore s'infecter au passage.

Pietro Rostinio (1559) affirme hautement l'hérédité.

Rondelet (1560) apporte le premier à l'appui de son opinion une observation, alors que tous ses devanciers ne faisaient qu'émettre des hypothèses et il déclare avoir vu « puerum nasci totum coopertum pustulis morbi gallici. » Fait d'une importance capitale et qui permet d'établir la théorie de l'hérédité sur une base solide.

A. Paré (1561) ne croyait guère qu'à l'infection au passage à peu près justement oubliée aujourd'hui.

Botal (1563) ne mentionne pas l'hérédité.

Gervais Uçay dit que la vérole peut être contractée dans le ventre de la mère.

Au XVII siècle Guyon dans son traité croit à la syphilis héréditaire et cette opinion est alors admise.

De Blégny (1673) et Sydenham (1688) insistent sur les dangers que crée pour l'enfant l'allaitement par une nourrice syphilitique.

Au commencement du XVIII siècle Frédérick Hoffmann recherche le mécanisme de l'infection de l'enfant et en décrit les différentes modalités.

Astruc étudia tout particulièrement cette question : il admit l'hérédité par la mère et par le père ! Par le

père, dit-il, en ce que les particules de la semence communiquent à l'embryon le virus vénérien dont elles sont infectées, et par la mère en ce que, fournissant pendant les neuf mois de la grossesse la nourriture du fœtus, elle lui fait part en même temps du mal dont elle est attaquée.

Quelle que soit la valeur de ses théories, il n'en est pas moins vrai qu'Astruc le premier parle de l'avortement qui aurait lieu fréquemment chez les femmes enceintes atteintes de vérole lorsque l'embryon conçu est contaminé de bonne heure par l'acrimonie virulente des sucs utérins qui le nourrissent. »

Rosen décrivit mieux que ses prédécesseurs les signes qui caractérisent l'infection syphilitique des nouveau-nés. Il admit la transmission par la génération, venant soit du père soit de la mère et reconnut que cette transmission pouvait avoir des conséquences diverses. Si le virus, dit-il, est extrêmement acrimonieux ou malin l'enfant périt ordinairement dans le sein de sa mère; voilà ce qui occasionne des fausses couches.

L'enfant vient quelquefois à terme mais couvert d'ulcères, preuve évidente du mal dont il est atteint.

Levret connut parfaitement la syphilis héréditaire puisqu'il pensait pouvoir guérir l'enfant dans le sein de sa mère pourvu que celle-ci fût assujettie à un traitement méthodique pendant sa grossesse.

Hunter au contraire, entraîné par une théorie trop exclusive va jusqu'à nier l'existence de l'hérédité syphilitique.

Nisbett regarde comme très rare l'influence venue

directement du père : il admit cependant que l'embryon pouvait être infecté et détermina les différents modes de transmission.

B. Bell, qui, avec Swédiaur en Angleterre, continua de regarder la syphilis comme contagieuse à toutes ses périodes, contrairement aux idées de Hunter, admit naturellement l'influence héréditaire non seulement de la mère mais encore du père. C'est un des écrivains qui se sont le plus explicitement prononcés sur la question de l'avortement.

Il convient de citer, pour compléter ce rapide aperçu historique, les noms de Doublet qui, médecin de l'hôpital de Vaugirard créé spécialement pour les femmes enceintes et leurs enfants, fit paraître un ouvrage sur le traitement de la syphilis chez le nouveau-né, de Mahon, de Bertin, de Cullerier qui sont les précurseurs des cliniciens de notre époque dont les travaux abondent. Comme nous avons eu à maintes reprises dans le cours de ce travail et que nous aurons encore par la suite l'occasion de mentionner leurs noms et leurs travaux nous ne pourrions que faire d'inutiles répétitions et nous arrêterons ici cet aperçu historique des quinzième, seizième, dix-septième, dix-huitième et commencement du dix-neuvième siècles.

Voyons maintenant dans quels cas se rencontre la syphilis héréditaire.

« Lorsqu'un enfant, dit M. le professeur Fournier (1), naît d'une mère syphilitique, son père serait-il même

(1) Syph. et mariage, p. 71.

exempt de syphilis, il n'a que bien peu de chances pour échapper à l'influence héréditaire sous quelque forme d'ailleurs qu'elle s'exerce. On peut même dire qu'il la subira fatalement si la syphilis maternelle est de date récente ou si elle n'a pas été réprimée par le traitement spécifique.

Qu'adviendra-t-il encore d'un enfant issu à la fois d'un père syphilitique et d'une mère syphilitique ? Sauf exceptions rares, son avenir est compris dans les trois alternatives suivantes :

1° Ou bien cet enfant mourra avant de naître ;

2° Ou bien il viendra à la vie, mais avec la syphilis et avec toutes les conséquences possibles et si graves de la syphilis infantile : ce qui, pour la plupart des cas, équivaut presque à un arrêt de mort ;

3° Ou bien, enfin, il viendra à la vie sans la syphilis, mais avec une santé compromise, avec une débilité native et une constitution appauvrie qui l'exposeront à une mort rapide avec des aptitudes morbides menaçantes avec une tendance à certains vices organiques, en un mot dans un état au moins relatif de déchéance originelle. »

Voilà, tracé de main de maître, le tableau de la syphilis héréditaire. Veut-on maintenant savoir dans quelle proportion succombent les enfants nés de parents syphilitiques?

Combes, dans sa thèse inaugurale dont les observations ont, comme les nôtres, été recueillies dans les registres d'observations si obligeamment offerts par notre bienveillant maître le Dr Porak, Combes, dis-je,

donne la statistique suivante qui ne paraît nullement exagérée :

113 enfants tués par la syphilis sur 188 naissances, soit 60 0/0.

Voilà l'épouvantable tribut payé à cette redoutable maladie. Et encore que deviennent les petits malheureux qui sortent vivants de l'hôpital ? Combien succombent rapidement au mal, et combien peu, parmi les survivants, échappent à l'hérédité syphilitique et à ses conséquences désastreuses. Presque tous ceux, d'ailleurs, qui sont nourris au biberon meurent ; parmi ceux qui ont une nourrice, un certain nombre guérit mais il est difficile de dire dans quelle proportion. La mort survient en général dans les premiers mois, rarement dans la seconde ou la troisième année.

Lorsque chez les femmes syphilitiques, le fœtus est expulsé avant terme, il présente souvent des signes incontestables de syphilis ; toutefois lorsque l'expulsion du fœtus s'effectue dans les premiers mois de la grossesse, il est impossible de démontrer nettement la présence des lésions syphilitiques. A une époque plus avancée, les caractères qui sont les plus significatifs sont les lésions des épiphyses des os longs. Lorsque le fœtus est presque arrivé au terme de la grossesse et n'est pas macéré, on rencontre fréquemment des lésions des viscères et de la peau.

Pour Mewis, les altérations de la peau ne s'observent pas avant le huitième mois et encore on ne peut les constater que sur les fœtus qui sont morts depuis peu de temps ou qui sont nés vivants. Les lésions des pou-

mons s'observent dès le sixième mois, celles du pancréas se rencontrent chez la moitié des fœtus dont la mort a lieu peu de temps avant ou après la naissance.

A partir du huitième mois, on peut distinguer des lésions du foie, de la rate même, lorsque les fœtus ont subi une macération : plus on avance vers le terme de la grossesse, plus les lésions de ces derniers organes deviennent fréquentes ; nos observations en sont remplies d'exemples typiques.

« Les altérations des morts-nés syphilitiques, dit Lancereaux (1), sont presque constamment les mêmes, mais elles n'offrent aucun des caractères habituels de la syphilis et semblent plutôt le résultat d'une macération prolongée dans le liquide amniotique. Ils sont petits et ont l'abdomen volumineux, leur peau est violacée, l'épiderme décollé. La cavité péritonéale renferme une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent, et présente sur ses parois quelques fausses membranes, ce que Simpson a attribué à la péritonite. Le foie et la rate sont volumineux et ramollis, les éléments du foie ont subi une dégénérescence granulo-graisseuse. On a décrit dans le thymus et dans le foie des lésions qui ressemblent à des gommes ramollies et il existe quelquefois de véritables scléroses de ces organes. »

L'enfant qui naît de parents syphilitiques peut apporter en naissant des manifestations syphilitiques. « Nous « voyons tous les jours, dit Mauriceau (2), les enfants

(1) Leçons faites à l'hôpital Lourcine sur la syphilis.
(2) Traité des maladies des femmes grosses.

« dont les pères et mères en sont infectez, naistre pleins
« de pustules et de vilains ulcères et assez souvent
« mourir avant que de venir au jour ou fort peu de
« temps après estre nez ; ausquels il vaudrait bien mieux
« n'avoir jamais esté engendrez, que de périr ainsi mi-
« sérablement.

« Il n'est pas bien difficile de concevoir comment la
« femme grosse qui à la vérole la communique à l'en-
« fant qui est en son ventre ; d'autant que cette conta-
« gieuse maladie corrompant toute la masse du sang de
« la mère, il est impossible que l'enfant qui n'a pas
« d'autre nourriture pour lors, n'en soit pas infecté en
« convertissant ce vilain sang en sa propre subs-
« tance. »

Il est certain que ces paroles de Mauriceau sont un peu pessimistes : il arrive, en effet, quelquefois que, malgré la syphilis maternelle, l'enfant peut venir à terme indemne de lésions syphilitiques ; c'est, il est vrai, l'exception mais exception qui compte pas mal d'exemples. Néanmoins nous ne sommes pas éloigné de croire que, du temps de Mauriceau, on rencontrait des formes de syphilis plus graves ou pour mieux dire que la syphilis était, en général, plus intense que de nos jours où elle a pu s'affaiblir à travers les siècles et grâce aussi au traitement suivi par les malades. A cette époque, la préservation de l'enfant né de parents syphilitiques ne devait presque jamais se rencontrer.

Mauriceau croit donc que c'est par le sang de la mère que l'enfant contracte la syphilis et son opinion est restée la vraie.

Fréquemment les symptômes de la syphilis héréditaire n'apparaissent qu'après la naissance. Nous ne parlerons pas des différentes manifestations syphilitiques, pemphigus, roséole érythémateuse ou papuleuse, coryza, etc., tous ces accidents sont bien connus et sortent, d'ailleurs, du cadre que nous nous sommes tracé.

Mais comme dans nos observations nous avons quelques exemples de syphilis survenant au bout de plusieurs mois chez des enfants nés sains en apparence nous ajouterons quelques mots à ce sujet.

Voici comment s'exprime M. Lancereaux :

« L'enfant atteint de la syphilis héréditaire qui vient au monde avec les apparences de la santé peut rester ainsi pendant un laps de temps qui varie ordinairement de trois semaines à deux mois. Cette période silencieuse de la maladie constitue un danger au point de vue de la contagion pour les personnes chargées du soin de l'enfant. Car cette santé apparente fait naître la confiance et oublier les précautions contre la transmission du mal. Mais le médecin ne doit pas y être trompé et son devoir est de faire connaître à qui cela est nécessaire les risques à courir et les précautions à prendre.

Car les accidents débutent d'une manière insidieuse. Les premières manifestations qui révèlent la syphilis héréditaire sont quelquefois des accidents tertiaires, mais beaucoup plus souvent des syphilides de la période secondaire. Ces dernières sont principalement la cause de la contagion qui s'exerce par le nourrisson.

La plaque muqueuse est la manifestation la plus fréquente dans ce cas ; elle existe non seulement sur les muqueuses du nouveau-né, mais sur toute l'étendue de sa peau qui, par la finesse de son épithélium et l'abondance des sucs qui l'imbibent, est très analogue aux muqueuses. »

La syphilis peut donc survenir au bout de quelques mois chez un enfant né sain en apparence. A quoi tient ce retard dans l'évolution, alors que le plus souvent l'enfant apporte en naissance les signes manifestes de son infection, pourquoi dans d'autres cas met-il plusieurs mois avant de la révéler ?

Si ces faits se présentaient toujours chez des femmes ayant contracté leur syphilis à une époque déjà avancée de leur grossesse, comme nous en avons quelques exemples parmi nos observations, on pourrait se demander si l'enfant ayant contracté la syphilis à la fin de la période de gestation n'a pas encore atteint la période secondaire au moment de la naissance et ne peut présenter d'accidents qu'à une époque plus tardive.

Et même si la femme est syphilitique antérieurement ou le devient en commençant sa grossesse, l'enfant ne peut-il pas être seulement contaminé vers la fin de la période de gestation, par suite de causes qu'il est d'ailleurs impossible de définir. En effet, lorsque le fœtus est contaminé au début de la grossesse, il est bien rare que celle-ci continue et l'avortement se produit le plus souvent.

Mais l'infection peut se produire plus tard encore et survenir dans la seconde enfance, au moment de la

puberté et même plus tardivement par des manifestations comparables aux accidents tertiaires, de la vérole acquise.

Bien qu'arrivés à une certaine époque, les individus qui présentent ces manifestations aient pu les acquérir pour leur propre compte, il n'existe pas moins des faits absolument probants de syphilis très tardive rapportés par M. le professeur Fournier.

L'enfant né sain de parents syphilitiques n'est nullement, comme on l'avait prétendu à tort, vacciné contre la syphilis. Il n'y a là rien d'analogue à la vaccination de la mère dans les cas auxquels fait allusion la loi de Colles. L'enfant né sain de parents syphilitiques peut contracter la syphilis : l'accident primitif est alors absolument manifeste et Riocreux, dans sa thèse inaugurale, rapporte deux observations probantes d'enfants nés absolument sains de parents syphilitiques qui, après leur naissance, contractent la syphilis. Dans un de ces cas ce fut le père lui-même qui, à son grand désespoir, en embrassant son enfant, lui communiqua la syphilis.

Le mercure, dont nous avons vu les remarquables effets chez les femmes enceintes, ne donne pas de moins favorables résultats chez les enfants nouveau-nés.

« L'action du mercure sur la syphilis infantile, dit M. Hallopeaux, est réellement merveilleuse. Sous l'influence des bains de sublimé et des onctions mercurielles on voit souvent de petits êtres cachectisés semblables à de petits vieillards et menacés de succomber rapidement aux progrès de la redoutable affection que

leur ont transmise leurs parents, revenir pour ainsi dire à la vie et fournir la preuve la plus évidente de l'action favorable de mercure.

Voici, puisées dans les registres d'observations du Dr Porak, quelques observations d'enfants nés sains et devenus plus tard syphilitiques.

Observations d'enfants nés sains et devenus plus tard syphilitiques.

30 juillet 1883. — Anna P..., 21 ans, couturière.

Primipare. Syphilis au début de la grossesse.

Accouchement dans le 8e mois d'un enfant né en parfait état pesant 2.480 grammes et qui le 10 août, à sa sortie, ne présente aucune apparence de lésion.

Le 2 octobre, on ramène l'enfant à l'hôpital.

Blépharite. Croûtes grisâtres à la lèvre supérieure et à l'orifice des narines.

Syphilides ulcéreuses de la paume des mains, des oreilles et des pieds. Plaques papuleuses autour du menton. Syphilides papulo-érosives disséminées en groupes irréguliers sur la partie antérieure des cuisses et autour de l'anus.

10 septembre 1884. — Julie T..., accouchée à terme d'un enfant vivant et ne présentant aucune lésion apparente au moment de sa naissance.

Enfant mort syphilitique un mois après sa naissance.

31 août 1885. — Désirée C..., accouchée à terme d'un enfant qui ne présente aucune lésion au moment de sa naissance et qui vit indemne jusqu'au 1er décembre. A cette époque apparition de boutons aux sourcils et aux tempes.

Eruption le 18 décembre de syphilides papuleuses et papulo-croûteuses.

L'enfant, bien conformé néanmoins et gros, pèse tout nu à 4 mois 5 kil. 500 grammes.

2 septembre. — Augustine F..., accouchée à terme d'un enfant sain au moment de sa naissance qui présente au bout de 2 mois une éruption pustuleuse généralisée. Néanmoins il se rétablit rapidement et 3 mois après il est de belle mine et bien portant, il pèse 5 kil. 600 grammes.

31 mai. — Charlotte P..., 21 ans, domestique.

Primipare. Contracte la syphilis au 6e mois de sa grossesse, est traitée jusqu'à la fin dans le service de M. le professeur Fournier, accouché à terme d'une fille en parfait état pesant 2.430 grammes et ne présentant aucune lésion apparente.

La mère rentre salle Henri IV où elle continue le traitement. L'enfant est pris d'accidents syphilitiques vers le 5e mois et meurt à 7 mois.

CHAPITRE VI

Des suites de couches chez les syphilitiques.

Il ne nous reste plus, pour terminer tout ce qui a rapport à la grossesse chez les femmes enceintes syphilitiques, qu'à dire que si, chez elles, les accidents secondaires qui parfois encombrent la vulve, peuvent être une cause de gêne pour l'accouchement lui-même, en général, l'accouchement chez les femmes en puissance de syphilis est peu différent de ce qu'il serait chez toute autre femme. Toutefois l'hydramnios et l'ascite du fœtus peuvent être une cause de dystocie.

En ce qui concerne les suites de couches, H. Combes qui, pour sa thèse inaugurale, a parcouru les registres d'observations du service d'accouchements de l'hôpital Saint-Louis, où grâce à la bienveillance de M. Porak, à laquelle nous nous plaisons tous à rendre hommage, il a largement puisé comme nous-même, en s'occupant tout particulièrement des suites de couches chez les syphilitiques, donne les résultats suivants :

Sur 188 accouchements.

Apyrétiques.	141	Proportion 1 sur 3.
Fébriles.	47	

Les 47 fébriles se divisent en trois catégories :

1° Ceux avec fièvre intense, justiciable d'accidents puerpéraux ou organiques dont le chiffre est de 17 ;

2° Ceux avec fièvre légère (1, 2, et même 3 ascensions) explicable par une septicémie légère, des gerçures du sein, etc., 21 ;

3° Ceux avec fièvre non justifiée par un accident quelconque puerpéral ordinaire ou par une lésion organique antérieure ou concomitante dont le chiffre est de 9.

Cette dernière catégorie renferme les seules accouchées syphilitiques fébriles avec fièvre essentielle.

En écartant, d'après la doctrine de M. Fournier, les syphilis qui ont plus de 3 ans, il en reste 7 sur 188, soit 1 cas sur 26, 85.

Et encore, si nous nous étions tenu, dit Combes, aux principes rigoureux de la statistique, nous aurions écarté 3 cas à début inconnu et 2 de syphilis seulement probable et alors nous aurions obtenu 1 cas sur 94.

Proportion bien minime comme on voit.

DEUXIÈME PARTIE

Du traitement de la syphilis pendant la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

> Peut-être que cette maladie attaquant les parties de la génération aurait attaqué la génération elle-même si l'on n'avait été assez heureux pour trouver un remède aussi puissant que celui qu'on a découvert.
>
> (Montesquieu. *Lettres persanes*, CXIV.)

Lorsqu'on lit « Syphilis et Mariage » l'ouvrage si intéressant du Professeur Fournier, auquel nous avons eu souvent l'occasion de faire allusion dans le cours de ce travail, et qu'on voit avec quelle insistance il préconise le traitement mercuriel institué dès le début de la grossesse chez les femmes en puissance de syphilis, on éprouve quelque surprise. En effet, en présence des résultats merveilleux obtenus par le mercure, on est tout étonné de la lenteur avec laquelle a évolué l'idée pourtant si simple de soigner les femmes syphilitiques enceintes et des résistances qu'elle a rencontrées.

Le mereure, en effet, ce médicament si précieux entre des mains expérimentées, a été accusé d'une foule de méfaits et on est aller jusqu'à lui imputer les accidents causés en réalité par la maladie qu'il est chargé de combattre : c'est ainsi qu'on l'a accusé de provoquer l'avortement.

On en a fait une sorte d'épouvantail et l'on se rend bien compte de l'effroi qu'il inspire quand on veut le prescrire à un malade. Quels artifices ne faut-il pas employer pour déjouer sa perspicacité et sous quels pseudonymes ne faut-il pas cacher le mercure pour parvenir à le lui faire prendre !

Il est vrai de dire que la terreur qu'il inspire aux malades, terreur soigneusement entretenue par quelques médecins de bonne foi et bon nombre de charlatans, provient sans doute de la façon dont l'administraient les médecins des siècles précédents qui ont provoqué parfois des accidents terribles.

Maniant le mercure sans aucune retenue, ils s'ingéniaient surtout à produire ce que nous nous efforçons le plus de conjurer maintenant — je veux parler de la salivation mercurielle.

Aujourd'hui que la Thérapeutique, en multipliant les préparations hydrargyriques, nous a appris à manier le médicament sans danger, nous croyons rêver lorsque nous voyons Bœrhaave, dans ses Aphorismes (1720 p. 270), parler le plus sérieusement du monde d'une salivation de trois à quatre livres par jour, qu'il déclare fort heureusement suffisante mais qu'il faut soigneusement entretenir pendant 72 jours. On a vu des saliva-

tions de 20 à 25 livres en 24 heures, et nous ne pouvons nous défendre d'un sentiment de profonde pitié pour les malheureuses victimes d'une pareille sécrétion.

Voici une citation dont la traduction, empruntée à Astruc par M. Hallopeau, montrera jusqu'où l'on poussa l'abus du mercure au XVIe siècle où le traitement était même confié parfois à des « gens dont tout le mérite « était une effronterie sans bornes. » « On tenait les malades pendant 20 ou 30 jours et quelquefois davantage enfermés dans une étuve où l'on entretenait continuellement une très grande chaleur. Après les avoir frottés d'onguent, on les mettait au lit et les ayant bien couverts, on les faisait suer. L'onguent opérait avec une telle force et causait une si abondante salivation, qu'on était en danger de perdre les dents, si l'on n'avait pas attention de prévenir ces accidents.

« Le gosier, la langue et le palais s'ulcéraient, les gencives s'enflaient, les dents branlaient ; il coulait de la bouche, sans relâche, une bave très puante, capable d'infecter tout ce qu'elle touchait et qui produisait des ulcères dans le dedans des lèvres et des joues. Toute la maison se ressentait de la mauvaise odeur. Et cette manière de traiter la vérole était si cruelle, que plusieurs aimaient mieux en mourir que de guérir par ce moyen... Les choses en venaient enfin à ce point que les malades, ayant les dents ébranlées, ne pouvaient plus s'en servir. Comme leur bouche n'était qu'un ulcère puant et que leur estomac était affaibli ils n'avaient point d'appétit ; et quoiqu'ils fussent tourmentés d'une soif intolérable, leur estomac ne pouvait s'accommoder d'aucune sorte

de boisson. Plusieurs étaient attaqués de vertige, quelques-uns de folie. Ils étaient saisis d'un tremblement aux mains, aux pieds, et par tout le corps, et ils étaient exposés à un bégaiement quelquefois incurable. J'en ai vu mourir plusieurs au milieu du traitement ; et je sais que trois paysans malades, ayant été enfermés par un de ces empiriques dans une étuve fort chaude, où ils demeurèrent néanmoins patiemment dans l'espérance d'être guéris, périrent misérablement par la violence de la chaleur, qui les épuisa peu à peu. J'en ai vu d'autres suffoqués par le gonflement de la gorge, et *d'autres qui ont péri par une difficulté d'uriner*. Très peu ont recouvré leur santé ; encore ce n'a été qu'après les dangers, les souffrances et les maux dont j'ai parlé. »

Et pourtant, au XVII[e] siècle, à une époque où, comme on vient de le lire, on sursaturait les malades de mercure, les médecins se faisaient un cas de conscience de ne pas traiter la syphilis chez les femmes enceintes.

Pourquoi cette exception ? Mauriceau, qui, meilleur observateur que ses contemporains, reconnaît les excellents effets de mercure chez la femme syphilitique en état de grossesse et le prescrit, nous l'apprend.

Voici, en effet, ce que nous lisons dans son traité des femmes grosses.

« L'accouchement arrivant pendant que la femme
« seroit dans les remèdes, elle y coureroit risque de sa
« vie, outre que si l'enfant venoit mort en ce temps, on
« auroit opinion qu'il auroit esté tué par leur violence
« et on en accuseroit la témérité du chirurgien. »

Mauriceau, tout en défendant de donner le mercure par la bouche à cause, dit-il, du danger d'avortement résultant du « flux de bouche » qu'il occasionnerait, se déclare hardiment (et c'était en effet une hardiesse pour son temps) partisan des « frictions d'onguent de mercure » longtemps continuées pendant la grossesse.

Et comme on entretenait alors, ainsi que nous le disions plus haut, une salivation prolongée dans l'espoir de voir « la malignité du venin » s'évacuer par le « flux de la bouche », Mauriceau s'exprime ainsi :

« Si la femme qui n'est encore que sur les premiers mois de sa grossesse a la vérole au dernier degré, accompagnée de très grands et continuels accidens... ces accidens s'augmentant de plus en plus feroient qu'il seroit impossible que son fruit n'en fust pas corrompu et bien difficile qu'elle n'en avortast...

« On la traitera donc pour lors, sans laisser augmenter davantage les accidens, qui se rendroient encore de jour en jour beaucoup plus dangereux, tant pour elle que pour son enfant, observant de lui donner les remèdes plus doucement et avec bien plus de circonspection ; faisant en sorte que l'évacuation qu'on luy procurera par le flux de la bouche, soit plutost petite, en durant plus longtemps que d'être grande et subite ; et surtout que ce soit avec les frictions d'onguent de mercure. »

Et sachant combien il est difficile de déraciner une croyance généralement admise, avant de citer des observations à l'appui de son opinion, il ajoute :

« Je scay bien que plusieurs personnes auront de la

peine à se persuader non seulement qu'il soit possible de guérir une femme de la vérole pendant qu'elle est grosse, mais aussi qu'elle et son enfant en puissent supporter les remèdes sans les exposer l'un et l'autre au danger presque inévitable de la mort. Néanmoins les expériences que j'en ai vues font que je ne suis pas de leur sentiment. »

Et, à l'appui de son dire, Mauriceau cite cinq observations de femmes enceintes qui furent traitées de la maladie vénérienne et qui accouchèrent ensuite heureusement.

Sur ces cinq observations, quatre portaient sur des femmes enceintes de moins de 3 mois.

Mauriceau pensait qu'il fallait traiter les femmes seulement pendant les cinq ou six premiers mois de la grossesse.

Nous avons insisté à dessein, dans ce rapide exposé historique, sur le rôle joué par Mauriceau dans le traitement des femmes syphilitiques pendant la grossesse, parce que le premier il osa conseiller le mercure pendant la période de gestation.

C'est en effet à partir de Mauriceau que nous voyons quelques esprits réfléchis et observateurs entrer dans la voie qu'il avait indiquée et tenter un traitement mercuriel

Garnier s'élève contre des scrupules mal fondés et s'adresse directement aux préparations mercurielles pour le traitement des femmes enceintes syphilitiques.

En 1763, Nicolas de Blégny (le père du journalisme médical) recommande d'attendre, pour traiter une

femme enceinte syphilitique, que la grossesse soit un peu avancée, parce que, dit-il, jusque là l'enfant est trop faible pour résister à l'émotion que cause le mercure.

Levret, dans ses commentaires sur Mauriceau, trouve qu'il est imprudent de traiter les femmes avant la moitié du terme de la grossesse et dit qu'on peut le faire sans inconvénient jusqu'au septième mois. Il ne doute point qu'un enfant ne guérisse parfaitement dans le sein de sa mère, si elle a été traitée méthodiquement pendant sa grossesse et que le lait mercuriel de la mère ou de la nourrice, assujettie à un traitement pendant la lactation, ne suffise à la guérison de l'enfant.

Doublet ne traitait pas les femmes enceintes pendant leur grossesse, mais Bertin, qui lui avait succédé à l'hôpital des vénériens, s'élève contre cette réserve.

Une femme enceinte et ayant la vérole, a dit Bertin, peut être radicalement guérie pendant sa grossesse et l'enfant peut être préservé de la maladie par l'effet du traitement.

Plus loin il ajoute : « un traitement anti-vénérien prudemment administré ne produit pas l'avortement.

Dans quelques cas, dit-il encore, on ne peut nier que l'avortement des femmes enceintes n'ait lieu pendant le cours du traitement mercuriel, mais il est plus souvent l'effet de la maladie que du mercure. L'observation a prouvé que les femmes enceintes infectées faisaient plus fréquemment des fausses couches lorsqu'elles n'étaient soumises à aucun traitement que si elles étaient traitées pendant la grossesse. Lorsque cet accident a lieu pendant le cours du traitement, il dépend des pro-

grès de la maladie mal traitée ou traitée trop tard, de l'état de cachexie et de faiblesse de la mère, des privations de tous genres qu'elle a pu supporter ou enfin des excès auxquels elle a pu se livrer pendant sa grossesse. »

Hunter ne parle pas de l'influence du traitement mercuriel sur la marche de la grossesse.

Cazeaux partage l'opinion de Levret.

Aujourd'hui pour la majorité des médecins, l'emploi du mercure est reconnu sans inconvénient dans le traitement de la femme enceinte. Loin de penser qu'il puisse produire l'avortement, on sait très bien que lui seul est à même de le prévenir.

Parmi les détracteurs du traitement de la syphilis par le mercure pendant la grossesse, nous ne trouvons guère que Colson et M. Huguier, qui tous deux ont publié à différentes époques, des mémoires tendant à démontrer que les avortements qui surviennent chez les syphilitiques sont la conséquence de l'absorption du mercure.

En 1840, Huguier, dans ses conclusions à l'Académie de médecine émit l'assertion suivante : « L'avortement survenant chez des femmes vérolées est plutôt la conséquence de l'usage des mercuriaux que de la maladie elle-même.

Pour Colson, ce médicament exerce une action très nuisible sur l'utérus et produit plutôt la mort du fœtus que l'agent syphilitique lui-même.

D'après lui, le mercure produirait la mort par action directe, c'est-à-dire par son introduction dans le torrent

circulatoire et par phénomène réflexe, c'est-à-dire par l'action irritante qu'il exerce sur l'estomac, et qui de là se transmet aux muscles de l'abdomen.

Pour croire à de tels effets, ajoute judicieusement Piquaud (1) auquel nous empruntons ce qui précède, on est contraint de supposer un véritable empoisonnement.

D'ailleurs, l'opinion de Colson repose sur des observations dont Bertin a démontré le peu de fondement et qui manquent de détails suffisants pour que l'on ne puisse pas plutôt rapporter à la syphilis l'avortement dont il accuse le traitement mercuriel.

Quant à soutenir que le mercure produit la mort du fœtus « par action directe, c'est-à-dire par son entrée « dans le torrent circulatoire, il suffit pour se convaincre du peu de sérieux de cette opinion de lire le remarquable mémoire que notre excellent maître M. Porak a publié, en 1878, dans la Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. Recherchant l'influence que peuvent avoir les médicaments donnés à la mère sur le fœtus, M. Porak a noté que la pile de Smithson n'est pas parvenue à déceler des traces de mercure dans l'urine des fœtus nouveau-nés, ce qui prouve bien nettement que les quantités de mercure qui se trouvent chez le fœtus sont bien faibles et incapables de lui nuire.

A toutes les époques, d'ailleurs, on a exagéré les dangers de l'emploi du mercure. C'est ainsi que M. Després, dans une statistique, a trouvé qu'il se produisait 25 0/0

(1) Piquaud. Th. Paris, 1874.

d'avortements avec le mercure et 12 0/0 seulement sans mercure.

Ces chiffres sont évidemment d'une exactitude dont on peut soupçonner la rigueur et si M. Després a eu la bonne fortune de revoir après quelques années, comme nous avons pu le faire à plusieurs reprises pendant le cours de nos études et entre autres dans le service du professeur Gosselin, des malades qu'il avait autrefois soignés de leur syphilis en les privant systématiquement de mercure, il n'a pas dû être enthousiasmé des résultats acquis.

Dubois, Trousseau, Diday, Ricord, Cruveilhier, pensent qu'il est du devoir du médecin d'agir le plus promptement possible en employant le traitement mercuriel dès l'apparition des premiers symptômes de l'infection syphilitique.

« Je sais, a dit Trousseau, que par une sorte de réaction périodique, on a essayé à diverses reprises de combattre et de détrôner le mercure, mais je sais aussi que ces tentatives n'ont eu qu'un temps et qu'après tant de condamnations il a toujours été réhabilité par la force des choses. »

Nous ne pouvions, à notre avis, mieux terminer ce rapide aperçu historique qu'en rapportant ces paroles du regretté maître : elles résument à elles seules toute l'histoire du mercure.

CHAPITRE II

Influence du traitement des femmes syphilitiques sur l'issue de la grossesse

Benjamin Bell s'exprime ainsi : « Je serais tenté de mettre la syphilis au nombre des causes les plus fréquentes d'avortement. On peut cependant être certain de détruire cette cause d'avortement dès qu'on a pu la reconnaître. Le mercure, convenablement administré réussit presque toujours. »

(Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne). Traduct. de Bosquillon. (T. II, p. 608).

L'influence du traitement spécifique chez les femmes enceintes se fait sentir de deux façons :

1° En diminuant la fréquence des avortements.

2° En préservant souvent l'enfant de l'infection syphilitique.

L'influence du traitement est indiscutable et est nettement établie par des statistiques. En 1857 Duval, publiant une statistique de 42 cas qu'il avait observés, a fait ressortir l'innocuité du traitement mercuriel relativement au fœtus, ses avantages pour assurer la conservation du fœtus en même temps que le rétablissement de la santé de la mère et de l'enfant.

En 1869 Julius Löwy, publiant le résultat de ses observations sur 99 syphilitiques enceintes qui avaient été traitées à l'Hôpital général de Vienne, dit dans ses conclusions : « Le mercure n'a aucune influence fâcheuse sur les femmes ni sur la vie du fœtus. »

Non seulement le traitement n'a pas une influence fâcheuse sur la mère et sur le fœtus c'est un fait maintenant établi, mais encore l'influence est des plus heureuses.

Voici un tableau qui résume les recherches de Mewis concernant l'influence du traitement hydrargyrique sur la marche et le résultat de la gestation.

Avec traitement	*Sans traitement*
13 Avortements soit 20,6 0/0	25 Avortements soit 19,2 0/0
13 Accouchements prématurés, soit, 20,6 0/0	34 Avortements prématurés, 32,7 0/0
37 Accouchements à terme, soit, 58,7 0/0	50 Accouchements à terme, 48 0/0.

Les accouchements à terme ont donc augmenté dans la proportion de 10 0/0.

Blaise, à la thèse duquel nous empruntons cette statistique, dit qu'elle est sans grande valeur à cause du manque de renseignements sur les cas qu'elle renferme. Ceux ci, en effet sont loin d'être comparables, chacun d'eux a ses particularités (âge de la syphilis, tempérament de la femme, nature des accidents qu'elle présente) dont la connaissance est du plus haut intérêt quand il s'agit de juger de l'influence du traitement.

Il suffit d'ailleurs d'avoir pu observer les effets merveilleux du traitement hydrargyrique pendant la grossesse pour rester convaincu que Mewis est bien au dessous de la réalité lorsqu'il prétend que l'influence de ce traitement se traduit par une augmentation des accouchements à terme dans une proportion de 10 pour 100,

Quelques années après, Weber a fait connaître une autre statistique portant sur 40 femmes syphilitiques enceintes.

12 dans la première moitié de la grossesse.

28 dans la seconde, toutes soumises à une médication mercurielle énergique, laquelle avait été suivie ou non d'un traitement ioduré. De ces 40 malades 33 quittèrent l'hôpital guéries et la grossesse resta normale, 7 accouchèrent à l'hôpital, 3 à terme d'enfants complètement développés, 4 prématurément.

Cette statistique est très favorable au traitement mercuriel des femmes enceintes affectées de syphilis

Les faits cités par Kassowitz ne sont pas moins probants. Sur un certain nombre de femmes, qu'il n'indique pas, ce médecin en a traité 35 par les frictions mercurielles qu'il considère comme étant le meilleur traitement de la syphilis et dans ces conditions il a observé 35 couches naturelles, résultat vraiment prodigieux.

Au contraire lorsque les malades avaient été soumises au traitement mixte, mais la médication ayant été interrompue momentanément par suite de l'intolérance des malades, ou bien le mercure ayant été supprimé et l'iodure de potassium donné seul et par conséquent les

femmes pouvant être considérées comme ayant été traitées par l'iodure seulement, pendant la plus grande partie du temps, le même auteur a noté 30 avortements sur 100. Cette proportion a été réduite à 15 pour 100 dans les cas pour lesquels les malades avaient été soumises au traitement par le bichlorure de mercure seul. Enfin ayant traité uniquement les femmes par l'iodure de potassium, il a observé 20 pour 100 d'avortements.

Weber dans une seconde statistique, a trouvé des résultats également excellents par les frictions mercurielles. Il a obtenu 20 pour 100 d'avortements par le traitement mixte avec prédominance de l'iodure de potassium.

15 pour 100 avec l'iodure de potassium et le bichlorure Hg. associés.

36 pour 100 chez les malades qui n'ont pris absolument que de l'iodure de potassium.

Voilà donc les résultats que l'on obtient pour le traitement des femmes syphilitiques pendant la grossesse : il est facile de se convaincre du peu de fondement des reproches adressés au mercure ; en effet si dans bien des cas la médecine est impuissante à arrêter les effets d'une maladie, il n'en est pas de même pour la syphilis. Elle possède dans le mercure un des rares médicaments qui mérite à bon droit le nom de spécifique : les esprits chagrins seuls peuvent en nier les heureux effets.

La femme enceinte atteinte de syphilis se recommande à toute la sollicitude du médecin : elle mérite

d'être traitée avec d'autant plus de soin, de méthode, d'attention, de vigilance que, comme le dit le professeur Fournier, « elle représente deux malades, deux existences à sauvegarder. Et en effet il s'agit d'elle d'abord : mais il ne s'agit pas moins aussi de l'enfant qu'elle porte dans son sein, de l'enfant plus menacé qu'elle et que nous ne pouvons atteindre et protéger que par elle (1). »

« Mainte fois, dit ailleurs M. Fournier, j'ai obtenu de la médication spécifique ce premier et inestimable succès de prévenir l'avortement, d'amener la grossesse à terme. L'enfant né dans ces conditions, il est vrai, n'échappait pas à la syphilis mais il naissait viable, résistant, susceptible en un mot de vivre avec la syphilis et de guérir de cette syphilis par un traitement ultérieur. »

On a vu même, en pareilles circonstances, des enfants naître sains, indemnes de tout symptôme syphilitique.

Dans les observations que nous avons recueillies il y a quelques uns de ces derniers faits.

Il y a une telle urgence à administrer le traitement spécifique de la syphilis pendant la grossesse qu'il est très fréquent de voir chez les femmes enceintes le traitement hydrargyrique institué avoir pour effet de préserver les enfants issus des premières grossesses et laisser la maladie sévir sur les enfants nés des grossesses suivantes qu'on avait abandonnées à elles-mêmes.

Il y a une maladie, la syphilis, dont les effets sur la

(1) Syphilis et Mariage p. 201.

gestation sont pernicieux, il faut chercher un traitement convenable à en atténuer les effets : or le traitement seul reconnu véritablement efficace, comme on l'a vu par les statistiques, est le traitement mercuriel ; il ne faut donc pas hésiter à l'employer, Depaul va plus loin encore.

D'après lui, le médecin devra se croire autorisé à prescrire le traitement, quand même il lui aurait été impossible de constater l'existence de la syphilis chez le père ou la mère, mais alors qu'à la suite d'un accouchement antérieur, suivi de la naissance d'un enfant mort, il aurait constaté à l'autopsie la présence de lésions qui sont la conséquence d'une syphilis héréditaire ou encore après une série de fausses couches dont on n'est pas parvenu à déterminer nettement la cause.

M. le professeur Fournier est du même avis. Souvent en effet, le traitement servira de pierre de touche, permettra de découvrir la raison d'avortements antérieurs restés inexpliqués et d'obtenir ce résultat précieux et bien souvent inespéré pour les parents de conduire la grossesse a terme et d'amener un enfant vivant et parfois même exempt de lésions spécifiques.

Et quand bien même la cause des avortements antérieurs ne serait pas sous la dépendance de la syphilis et devrait être rapportée à un tout autre ordre de faits, le traitement suivi par la mère ne saurait porter aucun préjudice à la grossesse ou à l'enfant; il y a donc tout à gagner à le prescrire dans les cas douteux.

Le mercure est d'ailleurs très bien supporté à toutes les époques de la grossesse, je n'en veux d'autre preuve

que les observations de Cullerier qui traita, en 1850, des femmes de Lourcine à toutes les époques de la grossesse indifféremment par le traitement mercuriel. Le plus souvent on commença à donner aux malades enceintes, comme aux autres femmes du service, une pilule de cinq centigrammes de protoiodure de mercure, puis on les suspendit ou on en augmenta la dose ou on en varia les préparations suivant les indications fournies par la maladie. Le traitement dura trois mois sans que la grossesse eu souffrît : quant aux quantités de mercure employées, elles furent variables selon les cas; mais ce n'est pas la grossesse qui dirigea Cullerier dans l'application du médicament mais bien la nature des accidents et leur persistance.

Ricord résume très nettement en quelques lignes la conduite à tenir chez les femmes syphilitiques enceintes.

« La gestation, dit-il, loin de s'opposer à ce que des soins énergiques soient donnés, exige encore plus d'attention et de promptitude. J'ai vu bien plus d'avortements chez les syphilitiques non traitées que chez celles qui, prises à temps, étaient soumises à une médication méthodique. » Et, dit Fallot, « il faut traiter la syphilis chez la femme enceinte par le mercure puisque les autres remèdes, tirés tant du règne végétal que du règne minéral, sont reconnus pour n'avoir qu'une puissance secondaire. »

A QUEL MOMENT DE LA GROSSESSE DOIT-ON COMMENCER LE TRAITEMENT ?

On doit commencer le traitement dès que la syphilis a été constatée et même, si l'on avait la bonne fortune d'être appelé pour constater la syphilis des parents, avant que la conception ait eu lieu : on aura d'autant plus de chances d'agir efficacement pour la préservation de l'enfant qu'on s'y sera pris plus tôt.

Tous les auteurs sont loin d'être d'accord à ce sujet comme nous avons pu le voir dans l'exposé historique qui précède; plusieurs auteurs ont conseillé de retarder le traitement le plus possible et d'attendre, pour l'instituer, une époque un peu avancée de la grossesse; leur opinion néanmoins n'a pas prévalu et presque tous les accoucheurs et syphiligraphes actuels s'accordent à instituer le traitement dès qu'on a reconnu la syphilis.

En effet, il est d'observation journalière de voir les femmes enceintes en puissance de syphilis avorter vers le quatrième mois lorsqu'elles ne sont pas soumises au traitement spécifique. Si donc on attendait une époque avancée de la grossesse pour instituer le traitement ce serait attendre que le mal fût irréparable pour chercher à le combattre par un traitement qui devient alors inutile pour l'enfant et assumer la responsabilité de son infection et de sa mort presque certaine.

Que par suite des circonstances on ne puisse administrer le traitement dès le début de la grossesse, on le fera dès qu'on le pourra; mais, qu'en face d'une syphilis dûment constatée chez une femme enceinte, on se

croise systématiquement les bras en pratiquant l'expectation, c'est attendre que l'ennemi soit complètement maître de la place pour chercher à l'en déloger et lui laisser prendre une avance regrettable.

Aussi, dès qu'on aura constaté la présence de la syphilis chez la femme enceinte, qu'il n'y ait aucune hésitation, qu'on institue immédiatement le traitement : le succès sera d'autant mieux assuré que le mercure sera pris de meilleure heure. Plus le traitement sera institué tardivement dans le cours de la grossesse, moins on aura de chances de sauvegarder la vie de l'enfant ou du moins d'assurer sa santé.

Certains auteurs ayant émis la crainte que la grossesse ne résistât pas à l'usage du mercure institué dès les premiers mois, Coffin, citant la pratique de Lourcine, montre que ces craintes ne sont nullement justifiées : « Tout le monde sait combien le diagnostic de la grossesse est toujours difficile pendant les deux premiers mois et cette difficulté est plus grande encore à l'hôpital que partout ailleurs. « Beaucoup de femmes syphilitiques ont donc suivi leur traitement dès les premiers mois de la grossesse sans se douter qu'elles étaient enceintes et sans pour cela avorter plus fréquemment. »

Fürth (1879) se montre grand partisan du traitement prophylactique une fois la syphilis constatée pendant la grossesse : « Commencé avant le cinquième mois de la grossesse le traitement a, dit-il, les plus grandes chances de sauver la vie de l'enfant, plus tard les résultats sont douteux mais il est toujours utile à la mère. »

Voici ce que Diday écrit au sujet des femmes syphilitiques enceintes. Dès qu'on a reconnu la syphilis « il n'y a qu'une ligne de conduite à adopter, prescrire immédiatement les antisyphilitiques et en pousser l'administration avec toute la vigueur que comportent la constitution de la femme et la manière dont elle soutient l'action du remède. J'ai dit ce qu'il faut penser de l'influence abortive attribuée au mercure ; il en est au contraire le préservatif le plus puissant »

En un mot, le mercure, méthodiquement administré au début ou vers le milieu de la grossesse, est l'anti-abortif le plus efficace et le moyen le plus sûr de prévenir ou au moins d'atténuer la gravité des lésions syphilitiques du fœtus. Cela ne veut pas dire qu'il empêche toujours et forcément l'accouchement prématuré de se produire mais « s'il n'y met pas toujours obstacle cela vient de ce que le virus avait de l'avance sur son antidote ou de ce que la susceptibilité qui accompagne si souvent la gestation a rendu impraticable d'en élever ou d'en prolonger suffisamment les doses (Diday). Voilà comment s'exprime le chef de l'École de Lyon qu'on ne peut pourtant pas accuser d'un amour excessif pour la médication hydrargyrique.

DURÉE DU TRAITEMENT

Combien de temps doit durer le traitement ?

La réponse ne souffre aucune hésitation. Le traitement de la syphilis chez la femme enceinte doit durer au moins autant que la grossesse en tant que maladie

pouvant provoquer l'avortement. Après l'accouchement la femme rentre dans les conditions ordinaires de la vie et la suivre sortirait des limites de ce travail uniquement consacré à la grossesse. Du reste, il est à ce sujet des règles tracées de main de maître par le professeur Fournier (1).

« On ne guérit la vérole, ou pour mieux dire on n'impose définitivement silence aux manifestations de la vérole, qu'au prix d'un traitement long, très long, exigeant au minimum plusieurs années. Ce traitement, pour être efficace, a besoin d'une direction particulière, il doit être tour à tour interrompu, repris, cessé, repris sous des formes diverses. En un mot la vérole est une maladie chronique dont on ne se débarrasse que par un traitement chronique, voilà le fait. » Il est d'ailleurs de la plus grande importance pour la terminaison heureuse des accouchements à venir de continuer longtemps le traitement.

La plupart des malades s'imaginent assez volontiers que lorsqu'elles ne présentent plus d'accidents spécifiques elles n'ont plus besoin de traitement et elles pensent que deux à trois mois sont suffisants pour amener une dépuration convenable.

Il importe au médecin, dit Blaise, de réagir énergiquement contre une opinion semblable sous peine de s'exposer à de nombreux mécomptes.

L'absence de manifestations syphilitiques ne peut jamais prouver par elle-même que la syphilis est com-

(1) Syphilis et Mariage, p. 185.

plètement éteinte et bien souvent, trop souvent, on a vu des femmes syphilitiques dont les maris étaient sains et qui ne portaient plus aucune trace de syphilis engendrer des enfants syphilitiques.

Aussi chez une femme enceinte, que les manifestations qui ont servi à poser le diagnostic aient disparu ou non sous l'influence du traitement mercuriel, faut-il continuer pendant toute la durée de la grossesse. Seulement pour éviter les effets de l'assuétude, on fera bien de suspendre de temps en temps l'administration du mercure et d'établir une série de petits intervalles de repos.

Sous prétexte qu'il y a des degrés dans la syphilis et qu'à côté de formes graves on rencontre parfois des formes bénignes ou pour mieux dire légères, Diday voudrait éviter aux malades atteintes de ces dernières formes les « inconvénients du mercure ».

Et d'abord les inconvénients du mercure employé avec discernement et méthode,comme on le fait actuellement,existent-ils? Il suffit de lire le travail de M. Hallopeau pour se convaincre que les accidents qu'il a pu produire sont à peu près inconnus maintenant.

En outre, comme l'a si éloquemment exprimé M. le professeur Verneuil (1) : « tenir absolument à savoir quel degré d'intensité possède le poison, quels ravages il est capable de faire et attendre avec patience que le virus s'installe dans l'économie c'est être plus curieux qu'actif, plus naturaliste que médecin. »

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, 1867.

S'il est d'ailleurs un cas où la médecine expectante ne soit pas de mise, c'est bien dans la syphilis où il y a lutte de vitesse entre le spécifique et la maladie et où la victoire n'est que plus facile pour le traitement s'il a de l'avance sur l'affection qu'il combat. On sait en effet ce qu'est dans le présent une syphilis faible, mais sait-on ce que lui réserve l'avenir et si elle ne se révèlera pas grave plus tard par ses accidents tertiaires; le traitement antisyphilitique institué dès le début de la maladie et suffisamment énergique et prolongé donne seul des chances sérieuses de diminuer les dangers éloignés de la période tertiaire.

MODE DE TRAITEMENT

Le traitement de la syphilis pendant la grossesse pourrait être exactement ce qu'il est en dehors de l'état de gestation, si la susceptibilité des voies digestives ne commandait une certaine prudence. Il est certain qu'on devra combattre les accidents au fur et à mesure de leur apparition mais le traitement hydrargyrique, le seul vraiment efficace, pouvant chez certains organismes maternels produire vomissements ou diarrhée, devra être manié avec précaution pour éviter que par suite de l'irritation de l'estomac ou des intestins il ne se produise un avortement.

Tous les modes de traitement mercuriel, pas plus que toutes les préparations mercurielles, ne sauraient donc convenir aux femmes enceintes. Il y a un choix à faire

suivant la tolérance de chaque malade, qui est des plus variables, et quelquefois suivant l'époque de la grossesse.

Le mercure seul, ou quand il le faut, combiné avec l'iodure de potassium, peut être administré par les voies digestives, estomac, rectum, par les voies respiratoires, par la peau, par la méthode sous-cutanée. Il ne sera question ici que des modes de traitement les plus communs, administration par la bouche, frictions mercurielles.

L'une des préparations les plus anciennement employées est certainement la liqueur de Van Swieten mais, chez la femme enceinte, le sublimé corrosif qui entre dans cette liqueur irrite la muqueuse gastro-intestinale et bientôt n'est plus toléré.

Ceux qui, comme Langlebert, emploient le sublimé corrosif en pilules, afin d'atténuer son action irritante, ui associent soit la thridace, soit l'opium. Néanmoins aujourd'hui (et c'est particulièrement le traitement adopté à Saint-Louis par M. le professeur Fournier) on donne la préférence au protoiodure de mercure lequel est plus doux et mieux supporté par la plupart des malades. On le prescrit à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour à prendre au commencement ou dans le cours du repas.

Le sirop de Gibert, composé essentiellement de biiodure de mercure et d'iodure de potassium, est aussi dans certains cas une préparation bien tolérée. Si l'ingestion du mercure sous ces dernières formes ne peut être continuée chez certaines malades, sous peine

d'entraîner des inconvénients plus ou moins graves, il sera préférable de recourir aux frictions mercurielles.

Bell insiste tout particulièrement sur les frictions, qu'il préconise à l'exclusion de toute autre préparation mercurielle. D'après quelques auteurs les frictions devraient constituer le traitement du début parce qu'on a à craindre la sensibilité particulière que présentent les organes digestifs des femmes pendant les premiers mois de la grossesse. On le fait de deux en deux jours avec des doses progressives d'onguent napolitain depuis 2 jusqu'à 8 grammes. Dans l'intervalle des frictions on lave avec du savon les parties frictionnées, aisselles, parties latérales de la poitrine, pli des aines, face interne des cuisses ou des jambes) et l'on donnera, s'il le faut, un bain sulfureux.

La salivation arrive vite si l'on n'a soin de faire laver la bouche avec une solution de chlorate de potasse avant et après chaque friction. En résumé, si la femme qu'on traite tolère difficilement l'administration du mercure par la bouche on a une ressource très précieuse dans la méthode des frictions.

Blaise, auquel nous empruntons une partie de ce qui précède, termine en disant : « Mais je ne crois pas que cette méthode doive être employée à l'exclusion de toute autre, chez les femmes enceintes comme quelques auteurs l'ont prétendu naguère. » Cette conclusion semble très judicieuse car laisser systématiquement de côté des ressources thérapeutiques d'une efficacité incontestable et se borner à un seul mode de traitement

difficile à manier d'ailleurs c'est faire preuve d'un éclectisme par trop absolu.

A l'administration du mercure il est toujours utile et souvent même indispensable d'ajouter des toniques : vin, vin de quinquina, élixir de Garus, fer, arsenic, etc. tout en maintenant le bon état des voies digestives.

Avec un traitement ainsi institué dès l'apparition des premiers accidents, s'ensuivra-t-il fatalement, si je puis employer cette expression, que l'enfant viendra à terme et exempt de tout accident syphilitique ! Une pareille affirmation serait évidemment plus que téméraire.

En recueillant des observations d'enfants nés sains de mères syphilitiques traitées pendant leur grossesse nous avons voulu surtout mettre en lumière les chances de préservation plus grandes pour l'enfant dont la mère a été soumise pendant sa grossesse à un traitement sérieux, c'est-à-dire à l'action du mercure le seul agent reconnu véritablement spécifique.

Malheureusement, dans certains cas, le traitement se heurte à des syphilis tenaces, rebelles et les résultats ne répondent pas toujours à l'attente du médecin.

Mais l'exception n'infirme pas la règle et dans tous les cas le traitement devra être tenté.

La syphilis est d'autant plus grave, qu'elle a été contractée à une source vierge de tout traitement.

Il est une question des plus intéressante, qui, bien que ne rentrant pas directement, à proprement parler, dans notre sujet, nous semble néanmoins par certains côtés s'y rattacher en démontrant une influence toute spé-

ciale que peut exercer le traitement sur la syphilis elle-même.

Voici la question :

Une syphilis est-elle plus grave selon qu'elle a été contractée à telle ou telle source, et en particulier peut-on admettre cette idée développée par M. Gény, dans ses leçons d'ouverture de la clinique des maladies syphilitiques de l'Ecole d'Alger (1) que la syphilis est d'autant plus grave qu'elle a été contractée à une source vierge de tout traitement, par conséquent non atténuée par le traitement spécifique, d'autant plus bénigne qu'elle a été contractée à une source méthodiquement atténuée.

Se basant sur son expérience personnelle, M. Gény incline à penser que la malignité des syphilis en Algérie tient à ce fait que les indigènes syphilitiques ne se mercurialisent pas et communiquent aux Européens un virus en pleine activité. A l'appui de son opinion, M. Gény rapporte deux observations de syphilis maligne communiquée à des médecins européens par des Kabyles vierges de tout traitement.

Le pronostic d'une syphilis devrait donc s'inspirer de l'origine dont elle émane : on pourrait donc dire telle syphilis contractée à telle source sera grave, tandis que telle autre contractée à telle autre source aura plus de chances d'être bénigne. Et alors, en instituant le traitement chez les syphilitiques, outre l'intérêt personnel du malade on pourrait encore avoir en vue l'intérêt général puisqu'on serait assuré que les syphilis nouvelles

(1) Annales de Dermatologie, 1885.

produites par ces malades méthodiquement traités seraient considérablement atténuées par le traitement des générateurs. D'où la nécessité sociale, si je puis employer ce mot, d'instituer rigoureusement le traitement dans le but de diminuer les ravages produits par la syphilis. Cette question est encore d'actualité après les retentissantes discussions de l'Académie de médecine sur la prophylaxie de la syphilis.

L'opinion de M. Gény paraît assez vraisemblable : en effet, la bénignité relative que présente le plus habituellement la syphilis comparativement à ce qu'elle était au XVI[e] siècle pourrait très bien reconnaître pour cause le traitement institué dans la majorité des cas à travers plusieurs siècles de syphilitiques. Il se produirait de ce fait une sorte d'atténuation du virus syphilitique.

Aux faits rapportés par M. Gény, on peut faire une objection :

Nous voyons bien par les observations qu'il rapporte des syphilis non traitées donner naissance à des syphilis graves et nous voulons bien admettre cette hypothèse très vraisemblable, mais le deuxième terme de sa proposition, qui n'en est pas le moins important, à savoir qu'une syphilis bénigne bien traitée n'engendre qu'une syphilis bénigne a besoin de démonstration et laisse un vaste champ ouvert à l'observation.

Néanmoins, les faits nombreux de préservation de l'enfant ou de l'atténuation de la syphilis de l'enfant, né d'une femme méthodiquement traitée pendant sa grossesse, paraissent militer en faveur de l'exactitude de l'hypothèse émise par M. Gény.

Une autre question :

Une syphilis contractée auprès d'un malade chez lequel elle a déjà parcouru une bonne partie de son évolution, où après plusieurs années elle est arrivée à la fin de sa période secondaire, sera-t-elle moins grave qu'une syphilis contractée à une source où le virus nouvellement acquis est encore en pleine activité?

Il semble probable qu'il en doive être ainsi, mais cela demande également une démonstration.

Voyons maintenant des observations de syphilis traitées pendant le cours de la grossesse, que nous avons recueillies dans les registres d'observations si bienveillamment mis à notre disposition par le Dr Porak.

Nous y trouverons la confirmation de l'efficacité du traitement sur l'issue de la grossesse.

Observations de Syphilis traitées pendant le cours de la grossesse.

15 octobre 1883. — R...., 21 ans, couturière.

Primipare. Syphilis contractée dans les premiers mois de la grossesse.

Accouchement, probablement un peu avant terme, d'un enfant mâle qui pèse 2320 grammes, qui est très faible et n'a pas bon aspect. Le 24 octobre il a diminué de 275 grammes et le 31 octobre il ne pèse plus que 1870 grammes lorsqu'il quitte le service.

La malade n'a commencé à suivre le traitement chez M. Vidal qu'un mois avant l'accouchement.

13 janvier 1884. — Hortense L...., 24 ans, lingère.

Multipare. Syphilis contractée dans le 1er mois de la gros-

sesse. Traitement suivi régulièrement à partir du 2e mois, jusqu'à l'accouchement.

Accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant mort et macéré pesant 610 grammes.

16 janvier. — Louise, femme R...., 25 ans, journalière.

Multipare. 2 accouchements à terme. Syphilis survenue au 3e mois de la grossesse. Traitement suivi 2 mois avant l'accouchement.

Accouchement à terme d'un enfant vivant et indemne pesant 2630 grammes et qui 1 mois 1/2 après sa naissance pèse 3810 grammes.

31 janvier. — Marie C. .., 23 ans, cuisinière.

Multipare. Syphilis au début de la grossesse soignée à Lourcine pendant 1 mois.

Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'un enfant vivant et en bon état pesant 2310 grammes.

Placenta friable, liquide abondant.

L'enfant présente au niveau de la paroi abdominale droite et sur la cuisse du même côté un peu d'œdème dur, de cause inconnue. Il tète bien, paraît en très bonne santé quoiqu'il ait diminué le 9 février de 210 grammes à sa sortie.

4 mars. — Flore Gr...., 20 ans, blanchisseuse.

Primipare. Syphilis datant du début de la grossesse. Au 3e mois entrée en traitement, service Lallier, jusqu'à son accouchement qui a lieu au 8e mois. L'enfant vivant est en assez bon état, pèse 1680 grammes, est mis dans la couveuse et meurt au bout de deux jours.

4 juin. — Marguerite B...., femme P...., 21 ans, couturière.

Multipare. Syphilis contractée dans les premiers mois de la grossesse. Traitement de 11 jours à Lourcine, continué après sa sortie au 6e mois.

Accouchement prématuré au 7e mois d'une enfant morte et macérée pesant 1580 grammes.

Placenta friable avec des dégénérescences graisseuses.

28 décembre. — Fany G...., 21 ans, blanchisseuse.

Primipare. Syphilis contractée au 4e mois de la grossesse.

Traitée salle Biett.

Accouchement prématuré au 8e mois d'un enfant faible mais vivant pesant 2150 et qui a augmenté de 200 grammes le 9 janvier à sa sortie; pas de lésions apparentes.

15 février 1885. — Ernestine C...., 23 ans, couturière.

Multipare, 3 accouchements antérieurs à terme. Syphilis contractée dans le cours de la grossesse.

Traitée en septembre service du Dr Lallier.

Accouchement à terme, enfant pesant 3350 grammes, sans lésions apparentes, qui a diminué de 130 grammes, 10 jours après sa naissance à sa sortie du service.

3 avril. — Marie B...., femme G...., 25 ans, couturière.

Multipare 1 accouchement antérieur à 8 mois, 2 accouchements antérieurs à terme, tous ses enfants sont morts à quelques mois.

Syphilis il y a 6 ans.

Soignée en janvier 1880 enceinte de 5 mois, chez le Dr Vidal. Accouchement prématuré, enfant vivant mort à 2 jours.

2e séjour chez M. Vidal jusqu'en juin 1880. Traitement suivi pendant un an.

2e grossesse en mars 1881, accouchement à terme, enfant bien constitué mort de méningite (?) à 4 mois. (Biberon, farine lactée).

3e accouchement à terme en 1883. Enfant également sans lésions mort à 6 mois de convulsions. Elevé au sein.

4e grossesse actuelle, accouchement à terme. Nouvelle apparition de plaques muqueuses au 7e mois, pas de traitement pendant cette grossesse. Enfant sans lésions pesant 3595 grammes et qui en 8 jours a augmenté de 145 grammes, lorsqu'il quitte le service du Dr Porak.

20 août. — Augustine J...., 23 ans, couturière.

Primipare. Le père de l'enfant a eu la syphilis il y a 2 ans.

La mère devient syphilitique vers le 5e mois.

Soignée dans le service du professeur Fournier jusqu'à l'accouchement qui a lieu à terme d'un enfant mâle en bon état, sans lésions apparentes et qui pèse 3440 grammes à la naissance et 3480 huit jours plus tard en quittant le service d'accouchement.

6 octobre. — B...., femme H...., 19 ans, plumassière.

Multipare. Début de la syphilis au 4e mois, soignée salle Henri IV seulement depuis 3 mois 1/2.

Accouchement à terme, enfant mâle en bon état sans lésions apparentes et pesant 3450 grammes.

A sa sortie à 9 jours il a augmenté de 10 grammes.

4 mars 1886. — Pauline G...., 18 ans, polisseuse.

Primipare. Syphilis coïncidant avec la grossesse.

Traitement suivi à partir du 4e mois.

Accouchement prématuré fille 1590 grammes sans lésions mais morte au bout de 8 jours.

10 avril. — Émilie B... 18 ans, domestique.

Primipare. Syphilis débutant au 2e mois de la grossesse soignée à hôpital Saint-Louis.

Accouchement à terme d'une fille en bon état et sans apparence de lésions spécifiques, pesant 2855 grammes. A sa sortie du service le 19, l'enfant a augmenté de 40 grammes.

30 août. — Marie M... 19 ans, cartonnière.

Multipare. Syphilis contractée au début de la grossesse.

Traitée depuis le 3e mois par les pilules de proto-iodure jusqu'à la fin de sa grossesse.

Accouchement à terme enfant mâle vivant sans lésions apparentes pesant 2865 grammes mais qui, 9 jours après sa naissance, a diminué de 470 grammes en partant du service du Dr Porak.

20 novembre. — Eugène H... 24 ans, domestique.

Primipare. Syphilis vers le 4e mois de la grossesse.

Traitée pendant le cours de sa grossesse.

Accouchement à terme, enfant mâle pesant 2550 grammes vivant et syphilitique (pemphigus) qui meurt à 5 jours.

16 mars 1887. — Clotilde B... 25 ans, domestique.

Secondipare. Syphilis dans le premier mois de la grossesse. Traitement pendant toute sa durée pilules proto-iodure et iodure de potassium. Service Fournier.

Accouchement à terme d'une fille en excellent état qui pèse 7 livres 1/2.

15 jours plus tard l'enfant ne présente toujours aucune éruption et pèse le même poids : elle quitte la salle d'accouchements à cette date.

2 avril. — Jeanne C... 18 ans, femme de chambre.

Syphilis acquise à la fin du 3e mois.

Traitement depuis le 6e mois, service Fournier.

Accouchement au 8e mois d'un enfant vivant ne présentant aucun signe extérieur de syphilis mais qui meurt 15 jours après. Autopsie négative.

12 décembre. — Augustine M... 29 ans, mari syphilitique.

Syphilis datant de 4 ans.

1 grossesse antérieurement. Enfant vivant actuellement très bien portant, 2e et 3e accouchements à 6 et 7 mois, enfants morts, 4e grossesse à terme, enfant mort né. 5e grossesse actuelle traitée pendant toute sa durée tandis que pendant les précédentes elle ne s'était pas soignée. Accouchement à terme d'une fille vivante et saine qui trois mois plus tard est très belle enfant, n'a rien présenté de suspect depuis sa naissance et paraît devoir rester indemne.

20 février 1888. — Maria F... 20 ans, femme de chambre.

Primipare. Syphilis apparue vers le 5e mois, à 6 mois commence le traitement. Service Fournier.

Accouchement à terme fille pesant 2650 grammes et 2870 huit jours après, sans manifestations syphilitiques, lorsqu'elle sort de la salle d'accouchement.

30 mars 1887. — Marie G... femme D... 30 ans, couturière.

Multipare, 3 grossesses. Mari également syphilitique. Syphilis à 27 ans mariée à 29 ans. Traitement d'un mois à Saint-Louis avant sa 1re grossesse. Plus de traitement après sa sortie.

En 1882. — 1er accouchement prématuré à 8 mois. Enfant macéré pesant 2730 grammes.

En 1884. — 2e accouchement à terme. La malade a suivi à l'hôpital un traitement d'un mois qu'elle a continué. Enfant vivant, devenu syphilitique peu après sa naissance, bien soigné a survécu et est bien portant.

En 1887. — 3e grossesse : aucun traitement spécifique pendant son cours. Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant couvert d'une éruption confluente, qui meurt à 9 jours.

6 novembre 1883. — Clotide P... 26 ans, couturière.

Multipare. Syphilis en mars 1882 étant enceinte de 3 mois. Après un traitement régulièrement suivi dans le service du Docteur Vidal pendant 3 mois elle accouche d'un enfant macéré à 6 mois. Quatre mois encore après sa sortie de l'hôpital elle continue le traitement.

De nouveau enceinte en mars 1883 elle reprend à nouveau le traitement abandonné depuis peu de temps.

Malgré cela accouchement prématuré à 8 mois d'une enfant macérée pesant 2370 grammes. Liquide amniotique très abondant, placenta en raquette, dégénérescence graisseuse à la face fœtale.

2 mars. — Marie D... 23 ans, blanchisseuse.

Syphilis datant de 3 ans. 2 accouchements prématurés. Lupus syphilitique de l'aile droite du nez, soignée depuis le mois de septembre chez M. Guibout par des pilules de protoiodure et l'iodure de potassium.

Accouchement à terme d'une fille pesant 3300 grammes en bon état apparent mais qui meurt syphilitique le 31 mars.

15 janvier 1885. — Marguerite V... femme G... 28 ans, plumassière.

Multipare. Une 1[re] et une 2[e] grossesses suivies d'avortements sans cause précise. Toutefois mari syphilitique. Accidents syphilitiques survenus au 7[e] mois de la 3[e] grossesse. Pas de traitement, accouchement à terme enfant mort non syphilitique. Traitement suivi après l'accouchement en janvier et mars 1884. En mars 1884 : 4[e] grossesse. En août rentrée à l'hôpital, service du D[r] Hallopeau, enceinte de 5 mois. Traitement : Frictions hydrargyr. et iodure de potassium.

Accouchement à terme enfant vivant syphilitique mort 6 jours après sa naissance.

5[e] grossesse. Traitement suivi. Accouchement prématuré 7 mois, enfant macéré. Liquide amniotique abondant.

9 Avril. — Aline.... B...., 16 ans, mécanicienne.

Primipare syphilis datant d'un an.

Traitement suivi pendant deux mois environ le 4[e] et le 5[e] mois pilules de protoiodure Hg.

Accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort et macéré pesant 1195 grammes.

Le placenta gros, très friable a bien l'aspect syphilitique

31 décembre 1886. — Emilie L...., 27 ans domestique.

Multipare 1[re] grossesse à terme en 1882, syphilis en 1883, soignée en 1884, pendant 4 mois dans le service du professeur Fournier (pilules de protoiod Hg). Enceinte à la fin de 84, accouchement à terme en juillet 85 d'un garçon sans lésions apparentes pesant 2410 grammes qui avait diminué de 60 grammes, 8 jours après sa naissance. Pas d'autres renseignements sur cet enfant depuis son 2[e] accouchement séjours fréquents et répétés dans le service du professeur Fournier.

3[e] grossesse en 86. Trois mois avant son terme, nouveau traitement salle Henri IV. Accouchement à terme, garçon sans lésions apparentes pesant 3650 grammes 15 jours après sa naissance l'enfant a diminué de 240 grammes.

Au mois de mai l'enfant qui a 5 mois est ramené à l'hôpital avec des syphilides multiples. Traité, il augmente de 2 livres

en trois semaines et pèse 9 livres le 28 mai à sa sortie de la salle.

17 septembre 1885. — Clémentine H...., 23 ans, domestique.

Primipare, syphilis remontant à 3 ans et demi.

Soignée pendant sa grossesse par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

Accouchement à terme d'une fille en bon état sans traces de lésion et pesant 3065 grammes mais qui à 9 jours a diminué de 465 grammes lorsqu'il quitte la salle d'accouchement.

17 octobre. — Mélanie C...., secondipare. Syphilis trois ans avant sa première grossesse soignée dans le service de M. Vid

La malade a suivi un traitement très prolongé (pendant 3 ans) à l'iodure de potassium. Sa grossesse s'est terminée à terme et son enfant qui est âgé de 2 ans, est actuellement très bien portant et n'a jamais présenté d'éruption.

La malade est actuellement enceinte de 8 mois le fœtus est vivant elle suit le traitement dans le service du professeur Fournier.

Sortie non accouchée.

26 avril 1886. — G...., femme B... 32 ans, couturière.

Secondipare, 1 accouchement en 1875 avant sa syphilis, femme de constitution faible.

Syphilis contractée de son mari, il y a 2 ans. Traitement régulièrement suivi.

Accouchement à terme d'une fille sans manifestations spécifiques et pesant 2630 grammes.

Le 29 avril l'enfant part en nourrice au biberon elle a diminué de 170 grammes.

30 juillet. — Marie R... Vve B...., 28 ans, mécanicienne.

Multipare. Syphilis datant de 3 ou 4 ans, mari syphilitique mort aliéné depuis. A son 4e accouchement à terme en 82 l'en-

fant présenta au bout de 15 jours une éruption sur la plante des pieds et les fesses et mourut à 5 semaines.

Traitement régulier en 83 suivi pendant 9 mois service Dr Guibaut, méthodiquement continué, depuis cette époque avec une seule interruption de 3 mois.

5e accouchement à terme en 86 la maladeétait depuis un mois rentrée dans le service du Dr Guibout, elle présente des syphilides du cuir chevelu. L'enfant qui est en très bon état ne présente aucune manifestation syphilitique il pèse 2930 grammes. Le 7 août il n'a diminué que de 30 grammes lorsqu'il quitte la salle.

19 décembre. — Blanche L...., 29 ans, chiffonnière.

Secondipare, 1 accouchement à terme en 1883. Syphilis datant de 9 mois avant la grossesse actuelle.

La malade a été soumise au traitement par les pilules de protoiodure Hg.

Accouchement à terme d'une fille, sans lésions apparentes, qui pèse 3070 grammes à sa naissance, qui 8 jours après est prise d'un léger coryza et quitte le service diminuée de 15 grammes.

26 juin 1887. — R..., femme P..., 33 ans, ménagère.

Secondipare. Enceinte de 6 mois lors du début de sa syphilis elle accoucha à 8 mois 1|2 d'un enfant encore vivant actuellement mais syphilitique au moment de sa naissance.

La malade entre alors à l'hôpital, est soignée au sirop de Gibert et continue ce traitement sans interruption jusqu'à ce jour.

Elle présente encore des syphilides du nez datant de 8 mois. Malgré cela, elle accouche à terme d'une enfant en bon état qui pèse 2800 grammes et 2870 grammes à sa sortie le 9e jour.

Le père de l'enfant est syphilitique et n'a jamais suivi de traitement.

Voici pour terminer quelques observations empruntées à différents auteurs :

Observation prise dans la thèse de Riocreux, 1888.
Syphilis. Hérédité paternelle.

Turhmann (de Schœnfeld) raconte qu'une femme syphilitique commença par avoir 7 grossesses pendant lesquelles elle ne se traita pas.

Sept fois elle accoucha d'enfants syphilitiques qui ne tardèrent pas à mourir.

Puis survinrent 2 grossesses pendant lesquelles elle se traita et qui amenèrent la naissance de deux enfants sains.

Se croyant guérie elle ne prend plus de soins pendant sa dixième grossesse et, à son grand étonnement, elle a un enfant syphilitique. Enfin dans le cours de la onzième grossesse, elle a un enfant sain.

Observation empruntée à Notta.

Une femme syphilitique fait 8 fausses couches. Elle se soumet à un traitement hydrargyrique prolongé, devient enceinte de nouveau et accouche à terme d'un enfant sain qui, après 5 années d'observation, n'a présenté aucun symptôme spécifique.

Observation résumée.

(Gazette obstétric. Paris, T. I p. 387.)

Femme d'une conduite équivoque, ayant eu la syphilis, accoucha deux fois en 8 mois d'enfants morts depuis 3 semaines et avoua que c'était la 4e fois que les choses se faisaient ainsi :

A suivi le traitement spécifique pendant une cinquième grossesse et accoucha à terme d'un enfant qui vit.

(Communication orale de M. le professeur Pajot, rapportée dans la thèse de Goubert. Paris, 1878.)

Une femme a cinq avortements successifs, elle présente, ainsi que son mari, des traces de syphilis ancienne. Tous les deux sont soumis au traitement (protoiodure) pendant six mois, avec défense d'avoir des rapports sexuels pendant ce temps. Après cette époque, la femme redevient enceinte, accouche à terme d'un enfant sain.

Arch. génér. méd. 1823, t. II, p. 390.

Mme D. syphilitique, communique la vérole à son mari. Elle accoucha pour la première fois d'un enfant contaminé, qui vécut quelques mois. Elle a suivi un traitement spécifique, mais très irrégulièrement. Elle a eu cinq avortements successifs de fœtus morts, du sixième au septième mois.

A la septième grossesse, on la soumit dès le quatrième mois aux frictions mercurielles (36) et elle mit au jour un enfant vivant.

Sur 28 accouchements de syphilitiques soignés pendant leur grossesse nous trouvons :

13 accouchements à terme d'enfants vivants et sains.

4 — — d'enfants syphilitiques.

5 accouchements prématurés d'enfants macérés.

6 accouchements prématurés d'enfants vivants mais dont la plupart sont morts ensuite.

Soit une moyenne de 39 0/0 pour les femmes dont la grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré.

Mais cette proportion est beaucoup trop forte car

parmi ces femmes il y en a une dont le traitement n'a été suivi que pendant 1 mois.

3 l'ont suivi pendant deux mois et, enfin. 2 pendant trois mois.

On peut donc, avec quelque raison, penser que si ces femmes avaient suivi le traitement pendant tout le cours de leur grossesse, la proportion d'accouchements prématurés eût été beaucoup moindre.

Mais telle qu'elle est, notre statistique est encore très consolante puisqu'au lieu de 71 0/0 et de 78 0/0 que nous donnaient les statistiques précédentes portant sur des femmes qui n'avaient pas suivi de traitement pendant leur grossesse, nous obtenons 39 0/0, c'est-à-dire moitié moins d'avortements ou d'accouchements prématurés.

Les résultats que nos observations font ressortir d'une façon aussi précise et les bienheureux effets du traitement ont été obtenus, ne l'oublions pas, à l'hôpital Saint Louis, chez des malades qui sont aux prises avec les nécessités de l'existence journalière et qui se trouvent le plus souvent placées dans des conditions d'hygiène très défectueuses. La plupart malgré leur syphilis et malgré leur grossesse ont dû travailler jusqu'au jour de leur accouchement. Le plus souvent le travail est pénible, la nourriture mauvaise et la misère grande. Si malgré tous ces éléments défavorables nous avons pu compter des succès à porter à l'actif du traitement spécifique institué dès l'apparition des premiers phénomènes avertisseurs de l'infection syphilitique, combien les chances de réussite eussent-elles été plus

grandes si nos observations eussent porté sur des malades d'une condition un peu supérieure au milieu dans lequel nous observions ; c'est d'ailleurs ce que démontrent les observations de la clientèle particulière. Si en outre on pouvait, avant la fécondation, lorsque le mari et la femme sont tous deux syphilitiques, faire suivre à chacun le traitement spécifique, combien seraient meilleurs encore les résultats.

L. Riocreux qui dans sa thèse inaugurale rapporte des observations empruntées pour la plupart à la clientèle particulière du professeur Fournier, notre excellent maître, en est arrivé à un optimisme vraiment consolant : « En face des résultats acquis par l'expérience on est en « droit de conclure qu'au point de vue de la descen- « dance, la syphilis n'est à craindre que lorsqu'elle est « ignorée ou plutôt encore lorsque les parents ne « veulent ni l'avouer ni se traiter. »

CONCLUSIONS

La syphilis est une cause puissante d'avortement.

Cet avortement a pour cause des lésions du fœtus lui même ou de ses annexes. Il a lieu ordinairement vers le 7e mois. Le père étant seul syphilitique peut transmettre la syphilis au produit de conception : il y est d'autant plus exposé qu'il se trouve plus près du début de la syphilis au moment où a lieu la conception.

La mère peut mettre au monde un enfant syphilitique tout en restant indemne.

Lorsque le père et la mère sont tous deux syphilitiques l'enfant échappe rarement à la contamination.

La mère syphilitique avant la grossesse a d'autant plus de chances de mettre au monde un enfant sain que la syphilis est plus ancienne.

Plus la syphilis se rapproche du terme de la grossesse plus l'enfant a de chances d'échapper à l'infection.

L'enfant né d'une mère syphilitique peut venir au monde présentant des lésions manifestement syphilitiques ou naître sain en apparence et ne devenir syphilitique qu'après quelques mois ou même quelques années.

La syphilis n'imprime aucun caractère particulier aux suites des couches. Le traitement mercuriel institué

dès le début de la grossesse chez les syphilitiques permet à la mère :

1° De mener souvent sa grossesse jusqu'à son terme.

2° De mettre au monde un enfant vivant bien que parfois syphilitique.

3° Dans quelques cas, de mettre au monde un enfant vivant et sans lésions.

4° Parfois l'enfant né sain de parents syphilitiques reste indemne d'accidents syphilitiques quand la mère a été traitée pendant la grossesse.

Lorsque le père étant syphilitique, la mère devenue enceinte se soumet au traitement hydrargyrique il y a beaucoup de chances pour que la grossesse se termine à terme par la naissance d'un enfant sain,

---

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. PARÉ. — Œuvres complètes, 1561.

MAURICEAU. — Traité du mal des femmes grosses., 1665.

ASTRUC. — De morbis venereis libri novem (Paris, 1741).

DOUBLET. — Mémoire sur les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés. Paris, 1781.

ROSEN. — Traité des maladies des enfants. Paris, 1778.

COLSON. — Arch. génér. de méd., 1828, p. 24.

MAHON. — Maladies syph. des nouveau-nés (Paris, 1802).

BERTIN. — Traité des maladies vénér. chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices (Paris, 1810).

RICORD. — Traité pratique des maladies vénér. (Paris, 1838).

— Lettres sur la syphilis (1851).

DEVILLIERS. — Traitement de la syph. pendant la grossesse. (Th. de Paris 1842.)

DUBOIS. — Du diagnostic de la syph. considérée comme une des causes probables de la mort du fœtus (Gaz. méd. de Paris, 1851, n° 21).

TROUSSEAU et LASÈGUE. Syph. constit. des enfants du 1er âge. (Gaz. méd., Paris, 1848.)

PRIEUR. — Thèse de Paris, 1851. Quelques quest. sur la syph,

COFFIN. — Infl. syph. sur la grossesse (Th. de Paris, 1851).

DEPAUL. — Arch. génér. de méd. (1851, t. XXIV).

GUBLER. — Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syph. hérédit. (Gaz. méd. de Paris, 1852, nos 17,21,23.)

BOUCHUT. — Traité prat. des malad. vénér. des nouveau-nés (Paris. 1852).

NATALIS-GUILLOT. — Leçons cliniques sur la syph. des enfants nouveau-nés (Monit. des hôp., 1853).

CULLERIER. — De l'hérédité de la syph. (Mém. Soc. chir., 1854).

MARTINEZ Y SANCHEZ. — Essai sur la syph. hérédit. (Th. de Paris, 1855).

NOTTA. — Mémoire sur l'hérédité de la syph. (Arch. génér. 1860, t. I).

VIDAL. — Thèse d'agrégation (Paris, 1860).

CHARRIER. — Arch.de méd., 1862.

C. PAUL. — Intoxicat. mercur., son influence sur le produit de la conception (Arch. génér. de méd., 1863).

PETER. — Des malad. virul. (Th. agrég., 1863).

GUÉRIN. — De la syphilis des femmes enceintes et des nouveau-nés (France méd., 1864).

ROLLET. — Traité des malad. véner., Paris, 1865.

DURAC. — De l'héréd. de la syph. (Th. Montpellier, 1866).

MIREUR. — Essai sur l'héréd. de la syphilis (Th. de Paris, 1867).

— Recherches sur la non-inoculabilité syph. du sperme (Ann. de derm. et de syph., t. VIII, 1876-77).

PIQUAUD. — Influence de la syph. sur la grossesse (Th. de Paris, 1868).

DIANU. — De la syph. chez les femmes enceintes (Th. de Paris, 1868).

JACQUEMIER. — Syph. chez les femmes enceintes (Th. de Paris, 1868).

DIDAY. — Syph. par conception (Gaz. méd. de Lyon, 1868).

— Traité de la syph. des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (Ann. de dermatologie. 1877).

Weber. — Influence de la syph. sur l'avortement (Union méd. 1870, t. I).

Blum. — Influence de la syph. sur la grossesse (Gaz. méd. Strasbourg, 1871-72).

Bousquet. — Causes de l'avortement dépendant du père et de la mère (Th. de Paris, 1872).

Langlebert. — La syph. dans ses rapports avec le mariage (Paris, 1873).

Chalmet. — Le mercure dans la syph. (Th. de Paris. 1872).

Bernon. — Syphilis fœtale (Th. de Paris, 1874).

Moret. — Influence de la syph. sur la grossesse (Th. Paris, 1875).

Lancereau. — Leçons faites à l'hôpital de Lourcine sur la syphilis (Paris, 1876).

Goubert. — Avortement à répétition (Th. de Paris, 1878).

Parrot. — De l'avortement et de l'accouchement prématuré dans la syph. hérédit. (Progrès méd., 1877, p. 881).

Jaccoud. — Dictionnaire de méd. et de chir., article Syphilis par Homolle.

Follin. — Traité de pathol. ext., t. I.

Hallopeau. — Du mercure (Th. d'agrég., 1878).

Fournier. — Syphilis et mariage (Paris, 1880).

— Nourrices et nourrissons syph. (Union méd., Paris, 1877).

— Syph. hérédit. tardive (France med.. 1882-83).

Jullien. — Traité de la maladie vénér. (Paris, 1879).

Porak. — Revue mensuelle méd. et chirur., 1878.

Bourreau. — De l'influence de la syph. sur la grossesse (Th. de Paris, 1879).

HERVIEUX. — Syph. placent. (Bull. de l'Acad. de méd., t. VIII, p. 880. Discuss. par Depaul et Tarnier, 1879).

BAR. — Contribution à l'étude de l'hydramnios (Th. de Paris, 1881).

H. BLAISE. — Sur l'hérédité de la syph. (Th. d'agrég., 1883).

VALOIS. — (Th. de Nancy, 1883).

DUCHAMP. — Des altérations des villosités choriales (Thèse d'agrég., 1883).

FAUCONNIER. — Accouchements syph. (Th. de Paris, 1885).

LEGRAND. — Syph. et grossesse. Essai sur la syph. post. conceptionnelle (Th. de Paris, 1885).

COMBES. — Suites de couches chez les syph. (Th. de Paris, 1885).

GAUDICHIER. — Ann. de dermat. et de syph., 1885. p. 95).

REIMONENQ. — Contribution à l'étude de l'influence de la syph. sur la grossesse (Th. de Bordeaux, 1885).

BUDIN. — Thèse d'agrégation.

CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, t. II.

RIOCREUX. — Syphilis. Hérédité paternelle (Th. de Paris 1888).

Vu : le président de la thèse
DAMASCHINO

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.